

PERHEKESKEINEN MIELENTERVEYSTYÖ
LAPSIPERHEIDEN TUKENA
Tutkimus Mielenterveyden keskusliiton perhekursseista

Tanja Suni & Terhi Victor
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Suni, Tanja & Victor, Terhi, Perhekeskeinen mielenterveystyö lapsiperheiden tukena. Tutkimus Mielenterveyden keskusliiton perhekursseista. Diak Helsinki, syksy 2017, 68 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Mielenterveyden keskusliiton (MTKL) kanssa. MTKL järjesti vuosina 2012–2016 kolme sopeutumisvalmennuskurssia (Helsingissä järjestetty Pallo haltuun! - sekä Kuopiossa ja Oulussa järjestetyt Hyvä arki lapsiperheille -kurssit), joiden kohderyhmänä olivat perheelliset mielenterveyskuntoutujat. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, miten hyvin MTKL:n kursseille asettamat tavoitteet toteutuivat osallistujien näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää perheiden subjektiivisia kokemuksia perhekursseille osallistumisesta.

Tutkimuksemme toteutettiin lomakehaastattelun muodossa kevään 2017 aikana. Kyselylomakkeessa hyödynnettiin laadullisia ja määrällisiä elementtejä. Kyselyymme vastasi puolet kursseille osallistuneista perheistä. Tutkimustulokset esitetään kuvailevalla tasolla, laadullisen aineiston tukiessa määrällisiä tuloksia.

Vastausten perusteella kursseille asetetut tavoitteet toteutuivat keskimäärin hyvin. Vertaistuki koettiin kurssin sisällöistä merkityksellisimpänä. Valtaosa vastaajista koki kurssin lisänneen perheen hyvinvointia ja ymmärrystä vanhempien mielenterveyden ongelmien vaikutuksista lasten kasvuun ja kehitykseen.

Mielenterveysongelmien ylisukupolvisuuden ennaltaehkäisyyn tarvitaan lisää moniammatillista yhteistyötä. Ensiaskel voisi olla lasten huomioiminen aikuispsykiatriassa hoitotyössä jo hoitosuunnitelmaa laatiessa esimerkiksi Lapset puheeksi -menetelmää hyödyntäen.

Asiasanat: mielenterveyskuntoutus, mielenterveysongelmat, perhehoitotyö, perheinterventio, psykoedukaatio, sopeutumisvalmennus, vertaistuki, ylisukupolvisuus

ABSTRACT

Suni, Tanja & Victor, Terhi, Family-oriented mental health work as a support for families with children. Research on family courses organised by the Finnish Central Association for Mental Health. Helsinki, autumn 2017, 68 pages, 2 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Registered Nurse.

This thesis was carried out in cooperation with the Finnish Central Association for Mental Health. The association organised three adaptation training courses (Seize the ball! and Good everyday for families with children) during 2012–2016, the target audience being mental health rehabilitees with families. The aim of the research was to evaluate how well the Finnish Central Association for Mental Health reached the goals they had set for the courses, from participants' point of view. An additional aim was to find out what kind of subjective experiences the families had from participating in the courses.

Our research was conducted as a form interview during the spring of 2017. In the questionnaire, both qualitative and quantitative elements were utilised. Half of the participating families responded to the questionnaire. The results are presented on a descriptive level, qualitative material supporting the quantitative results.

Based on the responses, the goals set for the family courses were reached relatively well. Peer support was considered the most significant part of the course content. The majority of the respondents felt that the course had increased the well-being of the family as well as understanding of the impact of parents' mental health issues on the growth and development of children.

Cross-generational mental health problems require increasing preventive measures and multi-professional cooperation. The first step could be taking children into account in adult psychiatry already at the early stage of drawing up the treatment plan, utilising family intervention methods such as Lapset puheeksi (Addressing children).

Key words: mental health rehabilitation, mental health problems, family nursing, family intervention, psychoeducation, adaptation training, peer support, cross-generational

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MIELENTERVEYSONGELMAT LAPSIPERHEESSÄ	8
2.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat	8
2.2 Mielenterveysongelmien vaikutus vanhemmuuteen	9
2.3 Vanhemman mielenterveysongelmien vaikutus lapsen kasvuun ja kehitykseen	11
2.4 Mielenterveysongelmien ylisukupolvisuus	13
3 PERHEKESKEINEN MIELENTERVEYSTYÖ	15
3.1 Kuntouttava mielenterveystyö	15
3.2 Ennalta ehkäisevä mielenterveystyö	17
3.3 Perheiden huomioinen mielenterveystyössä	18
3.3.1 Perheinterventio ja psykoedukatiivinen perhetyö	19
3.3.2 Vanhemman mielenterveysongelmasta kertominen lapselle	21
3.3.3 Lapset puheeksi -menetelmä	22
3.4 Vertaistuki mielenterveystyössä	24
4 TYÖELÄMÄN YHTEISTYÖKUMPPANI	27
4.1 Mielenterveyden keskusliitto	27
4.2 Pallo haltuun! ja Hyvä arki lapsiperheille -perhekurssit	28
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	29
6 TUTKIMUSPROSESSI	30
6.1 Tutkimusmenetelmän valinta	30
6.2 Aineiston keruu	33
6.3 Aineiston analysointi	35
7 TUTKIMUSTULOKSET	37
7.1 Määrälliset tulokset keskiarvoina ja moodeina	38
7.2. Kurssin merkityksellisyys	39
7.3 Vertaistuen merkitys	40
7.4 Tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen	41

8 POHDINTA	43
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
8.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat	44
8.3 Perhekeskeisen mielenterveystyön tulevaisuus	47
8.4 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	49
LÄHTEET	54

LIITE 1: Saatekirje

LIITE 2: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Kun vanhempi sairastuu psyykkisesti, vaikuttaa se sairastuneen lisäksi koko perheeseen. Vanhemman psyykkinen sairaus voi häiritä sairastuneen vanhemman toiminta- ja vuorovaikutuskykyä ja haitata negatiivisesti vanhemmuuden rooleista suoriutumista. (Söderblom 2005, 11–12.) Lapselle vanhemman mielenterveyden häiriöt voivat näyttäytyä traumaattisina ja stressaavina kokemuksia, mikä voi hankaloittaa lapsen eri ikäkausiin kuuluvista kehitystehtävistä selviytymistä (Holmberg 2016, 129).

Arviolta 20–25 % suomalaisista alaikäisistä lapsista elää perheessä, jossa vanhemmalla on mielenterveysongelmia. 60 % näistä lapsista sairastuu itse ennen 25 ikävuotta. (Korhonen 2010, 2–3.) Oikeilla toimenpiteillä voidaan sairastumisriskiä laskea jopa 40 % (Mielenterveyden keskusliitto i.a.a). Mielenterveysongelmat ovat maassamme merkittävin syy työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle; vuonna 2016 kaikista työkyvyttömyyseläkettä saavista 42 % oli eläkkeellä mielenterveydellisistä syistä (Tilastokeskus 2017). Yhteiskunnalle mielenterveysyistä myönnetty työkyvyttömyyseläkkeet maksavat kaikista eniten (Eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen 2015).

Perheiden huomioon ottaminen on osa laadukasta hoitotyötä (Kanerva & Kuhanen 2017, 190). Tähän velvoittaa myös lainsäädäntömme. Lastensuojelulain (2007/417), mielenterveyslain (1990/1116) ja terveydenhuoltolain (2010/1326) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee huomioida ja turvata lasten tuen ja hoidon tarve ja toimia vanhemmuutta tukien niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveydenhäiriöiden syntymistä.

Työmme ajankohtaisuutta tukee käynnissä oleva valtakunnallinen sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE) avulla hallitus pyrkii uudistamaan lapsi- ja perhepalveluiden palveluverkostoa. Tämän myötä tulevaisuuden hoitotyössä korostuu ennaltaehkäisevän, koko perhettä huomioivan mielenterveystyön merkitys.

Mielenterveyden keskusliiton järjestämät perhekurssit Pallo haltuun! ja Hyvä arki lapsiperheille ovat omalta osaltaan vastanneet lisääntyviin mielenterveyshäiriöihin liittyvään kansanterveydelliseen haasteeseen. Kursseja järjestettiin vuosina 2012–2016 yhteensä kolme kertaa. Opinnäytetyössämme tutkimme näille perhekurssille asetettujen tavoitteiden toteutumista sekä osallistujien kokemuksia kurssille osallistumisesta. Toteutimme tutkimuksen lomakehaastattelun muodossa hyödyntäen sekä määrällisiä että laadullisia elementtejä.

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys rakentuu perhekurssilla käsiteltyjen teemojen ympärille. Työssämme käsittelemme mielenterveysongelmia ja niiden vaikutuksia vanhemmuuteen sekä lasten kasvuun ja kehitykseen. Kerromme perheinterventioiden ja psykoedukaation hyödyntämisestä perhekeskeisessä mielenterveystyössä sekä vertaistuen merkityksestä mielenterveystyössä. Esittelemme työssämme myös Lapset puheeksi -menetelmän, jota on hyödynnetty Mielenterveyden keskusliiton perhekurssilla.

2 MIELENTERVEYSONGELMAT LAPSIPERHEESSÄ

2.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Maailman terveysjärjestö määrittelee terveyden kokonaisvaltaiseksi fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi (World Health Organization 2017). Fyysinen ja psyykkinen terveys ovatkin erottamattomassa vuorovaikutuksessa toisiinsa nähden (Kuhanen 2017, 19). Mielenterveyttä voidaan pitää hyvinvoinnin tilana, joka on terveyden ja toimintakyvyn kannalta välttämätöntä. Se saa ihmisen selviytymään elämän varrella vastaan tulevista haasteista ja muokkautuu henkilökohtaisen kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan. (Suomen Mielenterveysseura i.a.a.)

Mielenterveyteen vaikuttavat biologiset tekijät kuten perimä ja sukupuoli, muut yksilölliset tekijät ja kokemukset, yhteiskunnalliset resurssit ja rakenteet, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus sekä kulttuuriset arvot. Tästä näkökulmasta ajateltuna ihmisen elämässä on useita psyykkiselle sairastumiselle altistavia tai laukaisevia tekijöitä yhtä lailla kuin suojaavia tekijöitä, jotka toimivat voimavaroina ja vahvistavina voimina elämän eri vaiheissa. (Kuhanen 2017, 18–19, 21.)

Mielenterveyttä voidaan pitää ihmisen voimavarana, jolla on suuri merkitys yksittäisen ihmisen elämänlaatuun sekä suuressa mittakaavassa koko yhteiskunnan hyvinvointiin (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 32). Mielenterveys on osa kansanterveyttä. Tämä tulisi nähdä positiivisena mahdollisuutena yhteiskunnassamme, ja sitä tulisi vaalia ja vahvistaa. Mitä parempi väestön terveydentila, sitä vahvempi yhteisö on. (Lindholm 2004, 14.)

Mielenterveyden häiriötä käytetään yleisnimikkeenä erilaisille psyykkisille oireyhtymille, joihin liittyy merkittävästi kärsimystä ja haittaa aiheuttavia psyykkisiä oireita. Tällaisia häiriöitä ovat esimerkiksi mielialahäiriöt (masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö), ahdistuneisuushäiriöt (sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja julkisten

paikkojen pelko) sekä psykoottiset häiriöt (skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoosi, skitsoaffektiivinen häiriö). (Lönqvist & Lehtonen 2017, 19.)

Mielenterveyshäiriöille ovat ominaisia tunne-elämän, käytöksen ja ajatustoiminnan häiriöt, joiden taustalla on usein psyykelle vaikeasti käsiteltäviä tunnetiloja, kuten avuttomuus, syyllisyys, pelko, ahdistus, viha ja häpeä. Mielen sairaudet eivät ole tahdonalaisia, eikä parantuminen tapahdu pelkän ryhdistäytymisen ja tahdonvoiman avulla, minkä vuoksi toipumiseen tarvitaan tukea tai eriasteisten ongelmien ratkaisemiseen sopivia hoitokeinoja. (Huttunen 2015.) Mielenterveyden häiriötä määriteltäessä olennaista on se, että oireet vaikuttavat merkittävästi ihmisen toiminta- ja työkykyyn, osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksiin sekä yksilön turvallisuuden tunteeseen. Tämän lisäksi ne aiheuttavat kärsimystä sekä vajaakuntoisuutta. (Holmberg 2016, 10.) Joskus psyykkisiin sairauksiin liittyy riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja itsemurhaan. Itsemurhaa yrittävä ei aina halua suoranaisesti kuolla, vaan taustalla voi olla pelkästään toive psyykkisen kivun lakkaamisesta. (Koskisu & Kulola 2005, 133.)

2.2 Mielenterveysongelmien vaikutus vanhemmuuteen

Psyykkisesti sairastunut vanhempi on usein huolissaan lapsistaan, sillä vanhempana toimiminen ei välttämättä ole samanlaista kuin aiemmin. Konkreettisesti tämä näkyy lisääntyneenä väsymyksenä tai kärsivällisyyden puutteena. Vanhemmaa saattaa myös huolettaa, miten lapset kokevat vanhemman sairauden ja mitä nämä siitä ajattelevat. Vanhemmat voivat kokea voimattomuuden ja neuvottomuuden tunteita uuden tilanteen edessä, etenkin jos lasten käytöksessä on tapahtunut muutoksia vanhemman sairastumisen myötä. (Solantaus i.a.) Mielenterveysongelmat lisäävät sairastuneen vanhemman taakkaa entisestään; sairastunut vanhempi kantaa huolta omasta sairaudestaan sekä lasten selviytymisestä (Solantaus & Paavonen 2007, 11).

Vanhemmuuden ymmärretään sisältävän ainakin viisi pääroolia: huoltaja, rakkauden antaja, rajojen asettaja, ihmissuhdeosaaja ja elämän opettaja (Varsinais-

Suomen lastensuojelukuntayhtymä 2013). Mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa näihin rooleihin. Vanhempi ei välttämättä jaksa tukea lasta koulutehtävissä tai valvoa tämän menemisiä, ja suhtautuminen lapseen voi ailahtella, jolloin käytös ei ole aina johdonmukaista tai se voi olla jopa aggressiivista (Solantaus & Paavonen 2007, 10). Vanhemman psykiatrisella diagnoosilla ei näyttäisi olevan niinkään merkitystä lapsen hyvinvoinnin kannalta; tärkeämpää on se, miten vanhemman sairaus vaikuttaa perheen toiminta- ja vuorovaikutuskykyyn ja vanhemmuuden rooleista suoriutumiseen (Suomen Mielenterveysseura i.a.b).

Eri diagnoosien tuomat käyttäytymismallit voivat näyttäytyä perheissä eri tavoin. Esimerkiksi pakkoneuroottiset tai psykoottiset vanhemmat saattavat vaatia lapsia osallistumaan omiin rituaaleihinsa tai psykoottisiin harhoihinsa. (Solantaus & Paavonen 2007, 10.) Vanhemman psykoottinen, maanis-depressiivinen tai pakkoneuroottinen oireilu on sen verran poikkeavaa käytöstä, että omaiset yleensä ymmärtävät hakea apua, ja käytös yleensä selitetään lapselle ainakin jollain tasolla. Masennuksen oireita sen sijaan voi olla vaikeampi tulkita, ja vanhempi voi kärsiä masennuksesta jopa lapsen koko lapsuuden ajan. Masentuneen vanhemman kyky osoittaa lapselle rakkautta ja hyväksyntää on heikentynyt, ja hän on usein etäinen tai kovakourainen. (Solantaus 2001, 24.) Jos lapsen terve kasvu ja kehitys vaarantuvat tilanteissa, joissa terveyttä ja hyvinvointia kuormittavat tekijät kasaantuvat, tulisi oikea-aikaista tukea olla saatavilla riittävässä määrin. Yhteiskunnan haasteena on tunnistaa näitä riskitekijöitä ja puuttua niihin oikea-aikaisesti. (Lindholm 2004, 16.)

Psyykkisen sairastumisen tuomat muutokset perheen arjessa vaikuttavat vanhemmuuteen. Erityisen merkittäviksi nämä muutokset koetaan perheissä, joissa on pieniä tai kouluikäisiä lapsia. Sairastuneen vanhemman lisäksi myös puoliso voi huolestua sairauden vaikutuksesta lapseen ja tuntea aiheesta pelkoa ja syyllisyyttä. Perheen työnjako voi sairastumisen myötä muuttua, jolloin vastuu vanhemmuudesta ja lasten kasvatuksesta saattaa jäädä terveen puolison harteille. Tästä voi seurata se, että lapset pyrkivät hoitamaan asioitaan vastuuta kantavan vanhemman kanssa, jolloin sairastunut voi kokea olevansa taakka perheelleen ja jäävänsä perheessään ulkopuoliseksi. (Koskisuu & Kulola 2005, 112, 115–116.)

Vanhemmalle on vaikeaa todeta vaikuttaneensa lastensa elämään negatiivisesti. Tästä voi seurata syyllisyyttä ja pahaa oloa, jotka voivat olla niin kipeitä ja voimakkaita tunteita, ettei niiden kanssa ole helppo tulla toimeen. Vanhemman on tärkeää tietää, ettei itse ole syyllinen sairauteensa. (Solantaus 2013, 8.)

2.3 Vanhemman mielenterveysongelmien vaikutus lapsen kasvuun ja kehitykseen

Perintötekijät asettavat tietyt rajat lapsen kehitykselle. Perimän ohessa kasvuun ja kehitykseen vaikuttavat kasvuympäristön terveyttä ja hyvinvointia edistävät ja murentavat tekijät. Lapsen kehitys on tasapainoilua fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden vaikutuspiirissä. Erilaiset muutokset lapsen sisäisessä ja ulkoisessa maailmassa kuluttavat mielenterveyden voimavaroja, ja jollei kuormittaviin tekijöihin puututa ajoissa, ne voivat johtaa vakaviin mielenterveysongelmiin. (Noppari 2004, 312–313.)

Kun vanhemmalla on mielenterveydellisiä ongelmia, kasvaa lapsi psykososiaalisesti kuormittavassa ympäristössä. Tällöin vanhemman psyykkinen sairaus voi vaikuttaa lapsen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Ongelmat eivät johdu yksinomaan sairaudesta, vaan tilanteeseen vaikuttavat usein myös sairauden aiheuttamat muut lieveilmiöt kuten sairauden aiheuttaman taloudellisen tilanteen huononeminen, vanhempien väliset ihmissuhdeongelmat tai vähäinen sosiaalinen tukiverkosto. (Söderblom 2005, 12.)

Tunnesuhde aikuiseen on lapsen terveen kasvun ja kehityksen edellytys. On tärkeää, että lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana vauvalle ja häntä hoitavalle aikuiselle syntyy vastavuoroinen kiintymyssuhde, ja vauva ilmaisee tarpeitaan ja tunnetilojaan. Eri kehitysvaiheisiin liittyvien psykososiaalisten kehityskriisien kautta lapsen minuus muovautuu; onnistunut kriisin läpivienti mahdollistaa yhä korkeatasoisempien psyykkisten toimintojen omaksumisen. (Noppari 2004, 312–313.) Erityisen herkkiä ikäkausia lapsen mielenterveyden kehittymiselle ovat sikiöaika, ensimmäiset elinvuodet sekä nuoruusikä, jolloin keskusher-

mosto ja aivotoiminnot kehittyvät voimakkaasti. Näihin liittyvät tunteiden tunnistaminen ja käyttäytymisen säätely. (Santalahti & Marttunen 2014, 184.) Pahimmillaan eläminen perheessä, jossa vanhemmalla on mielenterveyden häiriöitä, voi olla lapselle traumatisoivaa ja stressaavaa. Tämä voi vaikeuttaa lapsen eri ikävaiheisiin kuuluvista kehitystehtävistä selviytymistä. (Holmberg 2016, 129.)

Lapsen kasvuun ja kehitykseen vaikuttaa negatiivisesti, jos vanhemman sairautteen liittyy itsetuhoista käyttäytymistä tai se johtaa itsemurhaan. Tällöin lapsi kokee, ettei sairastunut rakasta, välitä tai halua häntä, vaan kuoleman halu oli voimakkaampi kuin perheen antama rakkaus. Joskus sairastunut vanhempi voi uhkailla tai vihjailla itsemurhalla, jolloin se voi aiheuttaa jatkuvaa pelon ilmapiiriä perheessä. Tästä voi seurata se, että lapsi alkaa vahtia vanhempaansa tai pelätä, mitä kotona odottaa. Tällöin lasta suojaavat tekijät heikkenevät ja tämän itsenäistymiskehitys hidastuu. (Koskisuu & Kulola 2005, 133–136.)

Vanhemman sairastaessa lapsi saattaa oireilla heti, tai hänellä saattaa ilmetä ongelmia myöhemmin. Lapsi saattaa kärsiä ahdistuneisuudesta, peloista, keskittymisvaikeuksista ja käytösongelmista. Koulunkäynnin häiriintyminen kasvuiässä johtaa monesti ongelmiin opiskelu- ja työelämässä. Monen lapsen ja nuoren kohdalla oireilu johtaa holtittomaan päihteiden käyttöön. (Solantaus 2001, 26.) Kouluikäinen lapsi ymmärtää ja pohtii mielenterveyshäiriöiden vaikutusta perheen arkeen. Tämä voi näyttäytyä esimerkiksi häpeänä tai pelkona lapsen leikeissä, piirustuksissa ja puheissa. Ulkoisesti lapsi saattaa näyttää reippaalta tai rauhallisen surumieliseltä ja vastata esimerkiksi kouluterveydenhoitajalle kaiken olevan hyvin. Toisaalta uhmakas käytös auktoriteetteja kohtaan voi olla keino saada aikuinen huomaamaan lapsen hätä. Yleensä lapset kuitenkin käyttävät paljon energiaa siihen, etteivät ulkopuoliset näkisi perheen ongelmia, sillä lapset pyrkivät olemaan lojaaleja vanhemmilleen. (Holmberg 2016, 130–131.)

Lohdullista on, etteivät kaikki psyykkisesti sairastuneiden lapset sairastu itse, ja vanhemman sairaudesta huolimatta lapsella on mahdollisuus normaaliin kasvuun ja kehitykseen. Vaikka lapsi ajautuisi ongelmiin, eivät ne aina johda psyyk-

kisiin sairauksiin. Vaikka lapselle ilmaantuisikin psykiatrisia vaikeuksia, ovat lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tulokset hyviä. Jokaiseen perheeseen kuuluu eriasteisia ongelmia. Kasvun ja kehityksen tukemisen kannalta oleellista on se, että ongelmia lähdetään ratkomaan ja vaikeuksia pohditaan ja selvitetään yhdessä. (Solantaus 2013, 3, 8.)

2.4 Mielenterveysongelmien ylisukupolvisuus

Arviolta jopa neljäsosa alaikäisistä lapsista Suomessa elää perheessä, jossa vanhemmalla on mielenterveysongelmia. Tämä tarkoittaa, että 340 000 suomalaista lasta altistuu vanhempien mielenterveysongelmille. Usein psykiatrisen sairastavuuden taustalla on mielenterveyden häiriöiden siirtyminen vanhemmilta lapsille ylisukupolvisesti. Jos vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia, on lasten vaara sairastua 2–3-kertainen, mikäli tilanteeseen ei puututa. Jopa 60 % mielenterveysongelmista kärsivien lapsista sairastuu ennen 25 ikävuotta. Tuella perhettä asianmukaisesti, voidaan vähentää tätä riskiä ja ehkäistä ylisukupolvista sairastumista. Oikeita toimenpiteitä hyödyntämällä tätä riskiä voidaan laskea jopa 40 %. (Korhonen 2010, 2–3; Mielenterveyden keskusliitto i.a.a.)

Tutkimusten mukaan mielen sairastumiseen tarvitaan geneettisen alttiuden lisäksi myös pitkäaikainen ympäristötekijä laukaisevaksi tekijäksi. Esimerkiksi jos lapsella ei ole elämässä muita riskitekijöitä kuin toisen vanhemman mielenterveyden häiriö, ei se yksinään lisää lapsen riskiä sairastua. Lapsen kannalta riskialttein tilanne on silloin, kun geneettisten tekijöiden lisäksi vanhemman sairaus vaikuttaa lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen niin, että vanhempi torjuu lapsen jatkuvasti tai suhtautuu tähän vihamielisesti, tai vanhempien avioliitto on riitaisa. (Solantaus & Paavonen 2007, 8–9.) Lapset tulkitsevat helposti masentuneen vanhemman käytöksen itselleen vahingollisella tavalla ja etsivät helposti syytä itsestään (Solantaus 2001, 26).

Vanhemman skitsofrenia lisää lapsen riskiä sairastua psykoottiseen häiriöön, masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja päihdeongelmiin. Lisäksi

lapsilla voidaan todeta ongelmia neurologisessa ja motorisessa kehityksessä, tarkkaavaisuudessa ja kaverisuhteissa. Vanhemman masennusta on tutkittu eniten. Eri tutkijoiden arvioiden mukaan masennusta sairastavan vanhempien lapsista 40 % sairastuu psyykkisesti ennen 20 ikävuotta, ja riski nousee edelleen jopa 60 prosenttiin 25 vuoden ikään mennessä. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Luvut mielenterveyden ongelmien ylisukupolvisuudesta ovat yhteiskunnallisesta ja kansantaloudellisesta näkökulmasta merkittäviä. Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä olevista jopa 42 % oli työelämän ulkopuolella mielenterveydellisistä syistä vuonna 2016 (Tilastokeskus 2017).

Suomen Mielenterveysseuran mukaan jokainen mielenterveyden edistämiseen sijoitettu euro maksaa itsensä takaisin viisinkertaisena (Suomen Mielenterveysseura i.a.c). Mielenterveydelliset ongelmat ovat kroonistuessaan vaikeita hoitaa, ja vievät runsaasti ammattilaisten resursseja. Jopa 90 % mielenterveystyön ammattilaisten työajasta kuluu pitkäkestoisista ongelmista kärsivien auttamiseen. Monelle riittäisi vähäisempikin apu, jos se annettaisiin ajoissa. (Soisalo 2012, 15–17.)

Ylisukupolvisuuden kierteen katkaisemisessa on avainasemassa vanhempaa hoitava taho, sillä usein hoitohenkilöstö on ainoa, joka on tietoinen perheen tilanteesta (Solantaus & Paavonen 2009).

3 PERHEKESKEINEN MIELENTERVEYSTYÖ

3.1 Kuntouttava mielenterveystyö

Mielen sairauksista on mahdollista kuntoutua. Toisinaan tähän riittää ensivaiheen hoito sekä mahdollinen sairausloma. Jos psyykkiset oireet vaikuttavat arjen toimintakykyyn liikaa, ovat kuntouttavat toimenpiteet aiheellisia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.a). Käsitteellä mielenterveyskuntoutuja tarkoitetaan henkilöä, jonka psyykinen sairaus on hallinnassa ja hän on toipumassa sairaudestaan (Mielenterveyden keskusliitto i.a.b). Kuntoutusta tarkoittavat kaikki ne toimet, joilla potilasta tai asiakasta autetaan itsensä auttamisessa. Kuntoutuksen tavoitteena on sairauden aiheuttamien haittojen vähentäminen ja ehkäiseminen sekä kuntoutujan osallistumismahdollisuuksien lisääminen tämän omassa yhteisössään. Kuntoutuksen avulla tuetaan ihmisen itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia kuntoutettavan omassa arjessa sekä elämänkaaren eri vaiheissa. (Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormaa 2015,1508; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.b.)

Kuntoutuminen voidaan nähdä itselle asetettujen tavoitteiden ja voimavarojen mukaan etenevänä yksilöllisenä muutosprosessina ja mielenterveyskuntoutuja tämän prosessin ja oman tilanteensa paras asiantuntija (Mielenterveyden keskusliitto i.a.c). Kuntoutumisprosessissa eri vaiheet toteutuvat osin limittäin, osin yhtäaikaaisesti. Näitä vaiheita ovat kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, sen toteutus ja arviointi. (Kanerva & Kuhanen 2017, 199.)

Kuntouttavat toimet voidaan jaotella esimerkiksi lääkinnälliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinnällinen kuntoutus tähtää sairauden aiheuttaman haitan vähentämiseen. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on työelämään tai opiskeluihin pääseminen, tai siellä jatkaminen. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan arkielämän taitojen, elämänhallinnan ja sosiaalisessa ympäristössä selviytymisen taitojen ylläpitämistä. (Laukkala ym. 2015, 1508.)

Kuntotumista voidaan toteuttaa esimerkiksi yksilöllisen psykososiaalisen tuen ja lähityön avulla, erilaisten toiminnallisten menetelmien kautta, vertaistuen, vapaaehtoistyön tai kuntouttavan työtoiminnan avulla. Avo- ja laitospalveluiden lisäksi mielenterveyskuntoutusta voidaan toteuttaa myös kotona tai etäyhteydellä internetin ja puhelimen välityksellä. Kuntoutumiseen voi kuulua myös erilaisia harjoitteita, liikuntaa, keskustelua tai arkisten taitojen opettelua. Erilaisia kuntouttavia palveluita järjestävät julkisen sektorin lisäksi Kansaneläkelaitos sekä kolmannen sektorin toimijat, kuten paikalliset mielenterveysyhdistykset tai valtakunnalliset järjestöt. (Laukkala ym. 2015, 1508–1509; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c.)

Kuntoutusta voidaan toteuttaa myös kuntoutus- tai sopeutumisvalmennuskurssien avulla avo- tai laitospalveluina, tai näiden yhdistelmällä. Sopeutumisvalmennus tarkoittaa kuntoutusta, joka auttaa pitkäaikaisesti sairastunutta tai vammautunutta jäsentämään omaa elämäntilannettaan. Sopeutumisvalmennuksessa kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija, joka aktiivisella toiminnallaan voi vaikuttaa omaan elämäänsä ja toimintaansa saavuttaakseen omaa elämänsä koskevat tavoitteensa. Yhteisöllisyys ja luottamus ovat keskeisiä sopeutumisvalmennusryhmän toiminnassa. Ryhmässä saatava vertaistuki on tasavertaista vuorovaikutusta, joka mahdollistaa voimaantumisen ja muutosprosessin. Sairastuneen lisäksi myös perhe ja läheiset tarvitsevat sopeutumisvalmennusta uuteen tilanteeseen sopeutumiseen. (Streng 2014, 345.) Kuntouttavien kurssien sisällöt vaihtelevat, mutta yleensä niihin kuuluu erilaisia toiminnallisia menetelmiä, ryhmämuotoista toimintaa sekä asiantuntijaluentoja (Laukkala ym. 2015, 1511).

Myös lapsiperheille järjestetään kuntoutuspalveluita. Lapsiperheille suunnatun perhekuntoutuksen tavoitteena on vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen, vanhemmuuden edellytysten ja perheen arjessa selviytymisen tukeminen ja vahvistaminen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c.)

Mielenterveyskuntouksessa on tärkeää, että sitä annetaan oikea-aikaisesti, kuntoutujan yksilölliset tarpeet huomioiden ja eri menetelmiä hyödyntäen (Laukkala ym. 2015, 1512). Oikea-aikaisuudella tarkoitetaan sitä, että kuntoutus aloitetaan

vasta siinä vaiheessa, kun sairastuneella itsellään on riittävästi voimavaroja kuntouttaa itseään. Oikeanlaiseen kuntoutusmuodon valintaan vaikuttavat sairastuneen oireiden laatu, potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet sekä tämän elämäntilanne. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c.)

Kuntoutusta ei voida irrottaa psykiatrisesta hoidosta, vaan se tapahtuu hoidon ohessa yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että hoitavalla taholla on merkittävä rooli kuntoutuksen koordinoinnissa ja se vaikuttaa myös kuntoutumisen onnistumiseen. Kuntoutuksen tavoitteet tulee määritellä selkeästi ja niiden toteutumista tulee arvioida. (Laukkala ym. 2015, 1512–1513; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c.)

3.2 Ennalta ehkäisevä mielenterveystyö

Mielenterveystyö voidaan jakaa mielenterveyden edistämiseen sekä mielenterveysongelmien hoitoon. Nämä pitävät sisällään mielenterveyttä edistävän, ennaltaehkäisevän sekä korjaavan tason. Yksi mielenterveystyön alueista on mielenterveyshoitotyö, jonka tavoitteena on varhainen riskien tunnistaminen, psyykkisen ensiavun ja kriisihoidon toteuttaminen, potilaan mielenterveyden kohentaminen ja palauttaminen. Merkittävä osa hoitajan työtä on ehkäistä sairauden uusiutumista sekä parantaa potilaan elämänlaatua. Mielenterveyshoitotyön peruslähdekohtana on mielenterveyden edistämisen lisäksi yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja kunnioittava ja tukeva työote. Hoitotyötä ohjaa näyttöön perustuva tieto. Käypä hoito -suositukset, laatu- ja kehittämissuositukset sekä Hyvä käytäntö -kuvaukset auttavat hoitajaa itsenäisessä päätöksenteossa. (Kuhanen 2017, 18, 35.)

Ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä tulisi tehdä yli sektorirajojen, ja sen toteuttaminen kuuluu terveydenhuoltoalan lisäksi myös sosiaali-, opetus-, nuoriso- ja kulttuuritoimeen. Mielenterveyspalvelujen muututtua avopainotteisemmiksi omaisten osuus potilaan arjen voimavarana korostuu. Perhekeskeinen työote hoitotyössä nähdään enemmänkin ajattelutapana kuin hoitotyön menetelmänä. Myös läheisten huomioiminen voidaan nähdä ennaltaehkäisevänä työnä, sillä

mielenterveyshäiriöt voivat aiheuttaa samankaltaisia psyykkisiä ja fyysisiä reaktioita myös omaisille. Tämän vuoksi myös perheen hyvinvoinnin huomioiminen on osa yksilötyöskentelyä. (Holmberg 2016, 9, 191–193.) Perheelle annettava tieto psyykkisestä sairaudesta on merkittävä myös siitä näkökulmasta, että perheen ja läheisten tuki ovat parhaimmillaan korvaamaton tuki sairauden kanssa elämiseen ja kuntoutumiseen sairastuneelle itselleen (Koskisuus & Kulola 2005, 72).

Valtakunnallisesti näyttöön perustuvia ja varhaisen hoidon ennaltaehkäiseviä menetelmiä on saatavilla hyvin epätasaisesti. Perheiden auttamiseksi tarvitaan kansallisia linjauksia käytettävistä menetelmistä sekä niiden ylläpidosta vastaavista tahoista, jotta vaikuttavaa apua saataisiin nopeasti ja tarkoituksenmukaisesti perheiden ääntä ja ainutlaatuisuutta kunnioittaen. (Santalahti & Marttunen 2014, 193.)

Ennaltaehkäisevää mielenterveystyö voidaan ajatella yhteiskunnallisena investointina tulevaisuuteen, sillä suorien vaikutusten lisäksi ennaltaehkäisevät toimenpiteet näkyvät epäsuorasti tuottavuuden kasvuna, haittojen vähenemisenä, tapaturmien ja kuolleisuuden alenemisena ja ennen kaikkea yksilöiden ja perheiden elämänlaadun parantumisena (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009, 10).

3.3 Perheiden huomioinen mielenterveystyössä

Lastensuojelulain (2007/417) mukaan yhteiskunnan on turvattava lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista on lapsen huoltajilla, mutta perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään, tarjoten perheelle tarpeellista apua riittävän varhain. Terveystenhuoltolain (2010/1326) mukaan lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä sekä riittävä hoito ja tuki turvattava, kun lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa mielenterveyspalveluja. Laki velvoittaa myös terveydenhuollon palveluita tarjoamaan perheille tarpeenmukaista psykososiaa-

lista tukea. Myös Suomen mielenterveyslaki (1990/1116) velvoittaa mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseen, parantamiseen ja lievittämiseen sekä elinolosuhteiden kehittämiseen niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntymistä.

Käypä hoito -suositusten mukaan psyykkisesti sairastuneen vanhemman hoidon yhteydessä omaiset sekä muu lähipiiri tulisi ottaa mukaan ja lasten hyvinvointiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Suosituksen mukaan alaikäisten lasten tilanne ja tuen tai hoidon tarve tulee arvioida niin depressiota, kaksisuuntaista mielialahäiriötä kuin skitsofreniaa sairastavan aikuisen hoidon yhteydessä. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017.)

Perheiden huomioiminen on keskeinen osa mielenterveyshoitoa ja on yksi hyvän hoitotyön piirre. Vaikka hoidossa keskeistä on yksilö, nähdään perhe merkittävänä taustatekijänä potilaan hoidossa. Kun perhe nähdään aktiivisena osallistujana ja oman tilanteensa asiantuntijana, tuo perhe hoitoon mukaan omat vahvuutensa, jotka voimaannuttavat perhettä. Läheisten hyvinvoinnin huomioimisella ja tukemisella lisätään perheiden hyvinvointia, jolloin valmiudet sairastuneesta perheenjäsenestä huolehtimiseen paranevat. Samalla ennaltaehkäistään psyykkisestä sairaudesta johtuvaa kuormitusta. (Kanerva & Kuhanen 2017, 190, 193.)

3.3.1 Perheinterventio ja psykoedukatiivinen perhetyö

Interventio tarkoittaa väliintuloa tai toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan johonkin. Terveystieteiden alalla interventio ymmärretään tapahtumana, jonka tarkoituksena on vaikuttaa yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. (Pölkki 2014.)

Kun perheenjäsen sairastuu, tarvitsee koko perhe riittävästi oikeaa, rehellistä ja ymmärrettävää tietoa perheenjäsenen voinnista. Asianmukaisen tiedon avulla perheen on mahdollista tiedostaa omat voimavaransa sairauden kanssa elämiseen joko oman tai ulkopuolisen avun turvin. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 24.) Voima-

varalähtöinen perhehoitotyö on asiakkaan ja palveluntarjoajan välistä kumppanuutta ja merkityksellistä vuorovaikutusta, jossa tavoitteena on yksilöllisten voimavarojen löytäminen ja tukeminen sekä asiakkaan sitouttaminen ottamaan vastuun oman terveytensä ja hyvinvointinsa hoitamisesta (Lindholm 2004, 15).

Käytännön hoitotyössä on hyödynnettävissä useita vaikuttavia interventioita perheiden hyvinvoinnin tukemiseksi ja ongelmien ennaltaehkäisemiseksi. Lapsiperheille suunnattuja terveydenhuollon hyödynnettävissä olevia menetelmiä ovat esimerkiksi Toimiva lapsi & perhe -työmenetelmät kuten Lapset puheeksi -menetelmä ja Vertti-ryhmätoiminta, Mielenterveyden ensiapu® -kurssit sekä erilaiset lomakkeet ja kartoitukset kuten voimavarakartoitus, varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen lomake, vanhemmuuden roolikartta ja sukupuoli-työskentely. (Holmberg 2016, 9, 135.)

Käypä hoito -suositusten mukaan psykoedukaatiolla tarkoitetaan potilaalle ja hänen omaisilleen osoitettuja hoidollisia toimia, joiden tavoitteena on parantaa tietämystä sairaudesta ja sen hoidosta sekä lisätä ymmärrystä sairauteen liittyen. Psykoedukaatio on vaikuttavampaa, kun interventio toteutetaan myös omaisille. (Oksanen 2013.) Psykoedukaatiivisten menetelmien lähtökohtana on auttaa sairastunutta, puolisoa sekä koko perhettä oppimaan konkreettisia ratkaisuja ja vuorovaikutustapoja yhdessä (Koskisuu & Kulola 2005, 127).

Psykoedukaatiivisen perhetyön on tutkimuksissa todettu olevan tehokas keino vähentää uudelleen sairastumista. Sen avulla voidaan auttaa potilasta ja tämän perhettä sopeutumaan sairauden muuttamaan elämäntilanteeseen. Se auttaa myös lievittämään traumaa, jonka perheenjäsenen sairastuminen on perheelle aiheuttanut. Tavoitteena on perheen kanssa yhdessä tarkastella perheen haavoittuvuus- ja stressitekijöitä, tutkia sairastumiseen johtaneita syitä ja tehdä ne ymmärrettäviksi. Erityisen tehokasta psykoedukaatio on kaksisuuntaista mielialahäiriötä, skitsofreniaa, tai vakavaa masennusta sairastaville potilaille. Psykoedukaatiivista perhetyötä on mahdollista toteuttaa yhden perheen kanssa tai useamman perheen kesken siten, että omaiset ja potilaat työskentelevät omina ryhminään. (Kanerva & Kuhanen 2017, 195.)

USA:ssa ja Alankomaissa yli kahden vuosikymmenen aikana tehtyjen tutkimusten perusteella on saatu rohkaisevia tuloksia siitä, kuinka mielenterveysongelmien ylisukupolvisuuden kierre on erilaisin perheintervention keinoin onnistuttu katkaisemaan. Sekä luentotyyppiset psykoedukaation muodot että yksilöidyt perheterapeuttiset toimintamuodot ovat tuottaneet positiivisia tuloksia. Tämänhetkinen kliininen tutkimus keskittyy lisäämään ymmärrystä siitä, mitkä yksittäiset tekijät lisäävät kohderyhmän vastetta interventioille. (Gladstone, Forbes, Diehl & Beardslee 2015, 2.)

Alankomaissa on paraikaa käynnissä pitkittäistutkimus, jossa tutkitaan erään perheinterventiomallin kykyä vähentää ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen ilmenemistä kyseisistä mielialahäiriöistä kärsivien vanhempien 8–18-vuotiaissa lapsissa. Saman tutkimuksen yhteydessä tutkijat pyrkivät selvittämään intervention kansantaloudellisen hyödyn, jotta yhteiskunnallisilla päättäjillä olisi konkreettista näyttöä ennalta ehkäisevän mielenterveystyön vaikutuksista ja he osaisivat suunnata varoja sen mukaisesti. (Nauta, Festen, Reichart, Nolen, Stant, Bockting, van der Wee, Beekman, Doreleijers, Hartman, de Jong & de Vries 2012, 4.)

3.3.2 Vanhemman mielenterveysongelmasta kertominen lapselle

Vanhemman mielenterveysongelman puheeksi ottaminen lasten kanssa on tärkeää heidän kasvun ja kehityksen tukemiseksi, mutta sen toteuttaminen suotuisalla tavalla on haastavaa. Vanhemman sairastaessa ongelmasta ei usein haluta puhua lapsille. Vanhempi saattaa haluta suojella lasta ikävältä asialta tai pelätä nuoren käyttävän sairautta lyömäaseena ristiriitatilanteissa. Lapsuudessaan vanhemman mielenterveyshäiriöistä kärsineiden aikuisten viesti vanhemmille ja ammattilaisille on kuitenkin selkeä: lasten kanssa tulisi aktiivisesti keskustella asiasta. (Inkinen & Santasalo 2001, 111–113; Solantaus & Paavonen 2007, 10.) Koskaan ei kuitenkaan ole liian myöhäistä kertoa sairaudesta lapselle. Jos asiaa ei ole lapsuudessa käsitelty, voi myös aikuistuvien lasten kanssa keskustella asioista niiden oikeilla nimillä ja siten pyrkiä korjaamaan lapsen mahdollisesti virheellisiä väärinkäsityksiä ja tulkintoja. (Koskisuu & Kulola 2005, 123.)

Vanhemman sairaudesta tulisi kertoa lapsen ikä- ja kehitystason mukaisesti, esimerkiksi niin, että mieli voi olla kipeä samalla tavalla kuin vatsa. Tällöin mieli ei toimi samalla tavalla kuin terveenä ollessaan. Lapsen on myös tärkeää kuulla, että valtaosasta mielenterveyshäiriöistä on mahdollista parantua, vaikka se voi lapsesta tuntua hitaalta. Lapsi tarvitsee myös tiedon siitä, ettei vanhemman sairaus tai siitä seurannut käytös ole lapsen vika. On tärkeää, että lapsi ymmärtää, että asioista voi ja saa keskustella ja tilanteeseen on mahdollista saada apua. Kun lapsen kanssa keskustellaan vanhemman sairaudesta ja käsitellään lasten ajatuksia, tunteita, toimintaa ja rooleja, oppii lapsi vähitellen ilmaisemaan omia tarpeitaan, tunnistamaan tunteitaan ja kuuntelemaan itseään. Tämä edesauttaa vähitellen lapsen perusturvallisuudentunteen muodostumisessa. (Holmberg 2016, 133–135.)

Toimivalle perhe-elämälle luo hyvän perustan, mikäli perheellä on yhdenmukainen ymmärrys vanhemman ongelmista. Se auttaa lasta vapautumaan itsesyytöksistä ja lähentää vanhemman ja lapsen suhdetta. Ymmärrys vanhemman sairaudesta auttaa pohtimaan ongelmia yhdessä ja on edellytys näiden ongelmien ratkaisemiseksi. Jos perheen sisäinen kommunikaatio toimii hyvin, tukee se lapsen kehitystä vaikeissakin olosuhteissa. Vanhemman mielenterveysongelmista tulisi puhua vähitellen, ja ymmärrys lisääntyy pikkuhiljaa. Mielenterveyden häiriöstä keskusteleminen ja ymmärryksen lisääntyminen ovat vanhemman ja lapsen välinen yhteinen matka, jolloin päävastuu asioista keskustelemiseen on vanhemmalla. (Solantaus i.a..) Parhaiten aiheesta keskusteleminen onnistuu, jos vanhempi itse kertoo aiheesta lapselle hoitavan tahon tukiessa puheeksi ottamista (Solantaus, 2001, 29).

3.3.3 Lapset puheeksi -menetelmä

Lapset puheeksi -menetelmä on kehitetty osana Toimiva lapsi & perhe -hanketta tukemaan lastensuojelulain velvoitetta lasten hoidon ja tuen tarpeen huomioimisesta, kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Menetelmä perustuu tietoon ja ymmärrykseen mielenterveyden häiriöiden vaikutuksista lapsiin ja vanhemmuuteen sekä seikkoihin, joiden avulla vanhemmat itse pystyvät tukemaan

lapsen ja nuoren kehitystä. Sen lähtökohtana on lapsen suojaavien tekijöiden, mahdollisuuksien ja vahvuuksien tukeminen. Työskentelyn tavoitteena on avata keskustelu lasten hyvinvoinnin tukemiseksi ja yhteistyössä vanhempien kanssa ohjata perhe tarvittaessa lisäävun äärelle. Keskustelussa vanhemmat saavat tietoa lasten pärjäävyydestä ja mahdollisista ongelmista, ja lasten ja perheen elämäntilannetta kartoitetaan yhdessä vanhempien kanssa. Tämän lisäksi vanhempien kanssa käydään läpi, miten lapsen kanssa voidaan keskustella vanhemman mielenterveysongelmasta. (Solantaus i.a..)

Lapset puheeksi -menetelmän tarkoituksena on tukea vanhemmuutta ja lasten kehitystä, arvioida lasten ja perheen tarve muiden palveluiden tukeen, arvioida lastensuojelutoimenpiteiden ja/tai muiden sosiaalipalvelujen tarve sekä saattaa lapsi ja perhe tarvittavien lisäpalvelujen äärelle (Solantaus i.a.). Menetelmässä hyödynnetään tapaamisissa täytettävää lokikirjaa sekä vanhemmille jaettavia opaskirjasia "Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia" sekä "Mikä meidän vanhempia vaivaa? Käsikirja nuorille, joiden äidillä tai isällä on mielenterveyden ongelmia" (Suomen Mielenterveysseura i.a.d).

Jos tapaamisissa herää huoli lapsen pärjäämisestä tai sosiaalisen verkon hataruudesta, ehdotetaan perheelle Lapset Puheeksi -Neuvonpitoa, eli verkostokousta. Sen tarkoituksena on lapsen sosiaalisen verkoston aktivointi sekä siirtää lapsen mahdollisesti tarvitsemat tutkimukset ja hoidot oikeille tahoille. Jos havaitaan, että lapsi tarvitsee lastensuojelun tukitoimia, otetaan välittömästi yhteys lastensuojeluun. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi silloin, kun lapsen ainoa huoltaja joutuu sairaalaan, vanhempi on selvästi kykenemätön huolehtimaan lapsestaan, tai perheessä havaitaan väkivaltaista käytöstä. Tärkeää on huomioida se, ettei mikään hoito- tai interventio korvaa yhteistyötä lastensuojelun kanssa. (Solantaus i.a..)

3.4 Vertaistuki mielenterveystyössä

Vertaistuella tarkoitetaan samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien tai olleiden vastavuoroista kokemusten vaihtoa ja toistensa tukemista. Sitä voidaan toteuttaa eri tavoin toiminnallisissa ryhmissä, ohjatuissa keskusteluryhmissä tai kahdenkeskisissä tapaamisissa, joko kasvotusten tai verkkoympäristöissä. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Vertaistuessa olennaista on yhdessäolo ja tiedon, kokemusten sekä tunteiden jakaminen, ja se mahdollistaa avoimen keskustelun ja tunteiden ilmaisun ilman väärinymmärryksiä (Nystedt 2015, 32–33, 64, 67). Vertaistuen tarkoituksena on edistää jäsentensä hyvinvointia ja jaksamista, mikä tapahtuu kokemuksilla ja elämäntilanteilla vertailemalla luottamuksellisessa ympäristössä (Terveystä ja hyvinvointia 2014).

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on vastuussa palveluiden järjestämisestä, mutta sillä ei aina ole riittäviä resursseja järjestää tukea kaikkien tarvitsevien ihmisten tarpeisiin, sillä varoista supistetaan jatkuvasti. Suomessa vertaistukitoiminta onkin lisääntynyt merkittävästi 2000-luvulla osana kolmannen sektorin palveluita. Vertaistuki ja julkisten palveluiden tarjoama tuki täydentävät toisiaan ja molempia tukimuotoja tarvitaan sosiaaliseen vahvistamiseen. (Mikkonen 2009, 3.) Anu Toijan pro gradu -tutkielman mukaan vertaisryhmien perustamisen taustalla on jokin ongelma tai erityinen elämäntilanne. Tämän lisäksi tyytymättömyys julkisen sektorin tarjoamiin palveluihin on edesauttanut vertaisryhmien määrän voimakasta kasvamista. (Toija 2011, 1.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kentässä vertaistukitoiminta kulkee rinnalla, edellä tai jäljessä ja voi jatkaa myös sinne, mihin ammatillisella tuella ei ole resursseja, tai niille alueille minne se ei pysty muuten ulottumaan (Mikkonen 2009, 188).

Hoitotyön näkökulmasta vertaistuki voi olla yksi osa kuntoutumista, jolloin potilas aluksi saa vertaistukea muilta ja myöhemmin tukee itse muita. Sairastuneella on tarve kuulla toisten samassa tilanteessa olleiden selviytymistarinoita sekä tarve omien kokemusten jakamiseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017a.) Perhehoitotyössä vertaistuki voidaan nähdä myös mahdollisuutena lisätä perheen voimavaroja (Ivanoff, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 14). Parhaimmillaan

vertaistuen saaminen ammatillisen tuen lisäksi vähentää myös asiakaskäyntien määrää (Toija 2011, 14).

Vertaistuen ajankohta on silloin, kun potilas itse kokee sitä tarvitsevänsä. Sitä voi suositella potilaalle lähes aina, mutta hoitajan tehtävä on arvioida, tarvitseeko potilas selvästi ammattilaisen tukea. Tällöin vertaistukea ei tule suositella vielä tässä vaiheessa. Vertaistuen oikea-aikaisuus tarkoittaa eri ihmisille eri ajankohdtaa sairastumisen eri vaiheissa. Osa tarvitsee vertaistukea jo diagnoosivaiheessa, toinen kokee olevansa vertaistuen tarpeessa vasta myöhemmin. Vaikka vertaistuesta on saatu paljon hyviä kokemuksia, ei siihen tule painostaa. Ammatillaisen suositellessa vertaistukea, on sillä yleensä potilasta rohkaiseva vaikutus. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017b.)

Toijan (2011, 15–16) tutkimuksen mukaan vertaisryhmien vaikutuksia ovat muun muassa hyvinvoinnin, luottamuksen ja itsetunnon lisääntyminen sekä ahdistuksen väheneminen ja tilanteen normalisointi. Näiden lisäksi vertaistuki antaa mahdollisuuden omien kokemusten jakamiseen ja sairaudesta selvinneiden ihmisten tapaamiseen. Vertaistuki auttaa sairastumisen hyväksymisessä. Sillä voi olla jopa terapeutisia vaikutuksia, ja se voi ennaltaehkäistä muiden ongelmien syntymistä.

Erilaisia vertaistukimuotoja ja sopeutumisvalmennuskursseja järjestävät esimerkiksi kolmannen sektorin sairauskohtaiset potilasjärjestöt. Tapaamisia järjestetään muun muassa kertaluontoisina, suljettuina tai avoimina ryhminä tai useamman vuorokauden kestäväinä tapahtumana. Vertaistukihenkilöillä on mahdollisuus saada toimintaan koulutusta omasta järjestöstään. Järjestöillä on myös usein tarjolla koulutusta ja seminaareja sekä virkistys- ja vapaa-ajan toimintaa jäsenilleen. Näiden lisäksi esimerkiksi sosiaalisen median kanavat kuten Facebook tarjoavat vapaaehtoisvoimin ylläpidettyjä suljettuja tai avoimia keskusteluryhmiä sairauskohtaisesti.

Terveystieteiden alan ammattilaiset ovat olleet huolissaan vertaisryhmien mahdollistaman väärän tiedon jakamisesta tai voimakkaiden tunteiden aiheuttamista haitoista. Tutkimuksilla on kuitenkin voitu osoittaa, että vertaisryhmien

vaikutukset ovat harvemmin haitallisia. (Vaitti 2008, 9.) Parhaimmillaan vertaistuki täydentää ammattilaisilta saatua tietoa ja tukea, ja asiakkaat arvostavat, jos hoitohenkilökunta toimii vertaistuen välittäjänä (Toija 2011, 50). Pro gradunsa tiivistelmässä Toija (2011) toivookin, että terveydenhuollon henkilökunta oppisi arvostamaan vertaistuen merkitystä potilaille ja se kirjattaisiin myös hoitosuunnitelmaan.

4 TYÖELÄMÄN YHTEISTYÖKUMPPANI

4.1 Mielenterveyden keskusliitto

Mielenterveyden keskusliitto (MTKL) on valtakunnallinen mielenterveyspotilaiden, -kuntoutujien ja heidän läheistensä keskusjärjestö, jolla on viisi toimipistettä Helsingissä, Turussa, Kuopiossa, Jyväskylässä ja Oulussa. MTKL:n tarkoituksena on valvoa ja ajaa mielenterveyspotilaiden, -kuntoutujien ja heidän läheistensä etuja yhteiskunnassa sekä toimia asiantuntijana ja palveluiden kehittäjänä heitä koskevissa kysymyksissä. MTKL:n palveluihin kuuluvat esimerkiksi valtakunnallinen mielenterveys-, oikeus- ja sosiaalineuvonta. Näiden lisäksi järjestöllä on maksuton vertaistukipuhelin sekä neuvontapisteet Helsingissä, Turussa ja Kuopiossa. Järjestön toiminnan juuret ulottuvat vuoteen 1965, jolloin ensimmäiset potilastoimikunnat perustettiin psykiatriin sairaaloihin. MTKL aloitti virallisen toimintansa 6.6.1971, josta lähtien MTKL on toiminut eri puolilla Suomea toimivien paikallisyhdistysten ja potilasyhdistysten kattojärjestönä. Tällä hetkellä MTKL:n alaisuudessa toimii 162 jäsenyhdistystä, joihin kuuluu noin 17 000 henkilöjäsentä. (MTKL i.a.d; MTKL i.a.e.)

Yksi MTKL:n tarjoamista palveluista ovat sopeutumisvalmennuskurssit, joita järjestetään kuntoutuksen ja hoidon tukemiseksi. Sopeutumisvalmennuksen on tarkoitus tukea mielenterveyskuntoutujan kykyä löytää ja havaita hyvinvointia ja jakamista lisääviä asioita omassa elämässä. MTKL:n sopeutumisvalmennuskursseilla toiminnan lähtökohtana on vertaistuen, kuntoutujan, kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen asiantuntijuuden yhdistäminen. Kurssit toimivat mielenterveyskuntoutujan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vahvistajina. Lapsiperheille suunnatuilla sopeutumisvalmennuskursseilla käytetään toimintatapoja ja menetelmiä, joilla pyritään mielenterveysongelmien ylisukupolvisuuden ennaltaehkäisemiseen sekä koko perheen sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseen. (MTKL i.a.f.)

4.2 Pallo haltuun! ja Hyvä arki lapsiperheille -perhekurssit

Lapsiperheille suunnatut Pallo Haltuun! ja Hyvä arki lapsiperheille -sopeutumisvalmennuskurssit järjestettiin eri puolilla Suomea vuosina 2012–2016. Pallo Haltuun! -kurssin (Helsinki) kohderyhmänä olivat nuoret lapsiperheet, joissa toisella tai molemmilla vanhemmilla on jokin psyykinen sairaus. Hyvä arki lapsiperheille -kurssin (Kuopio ja Oulu) kohderyhmään kuuluivat lapsiperheet, joissa toisella vanhemmalla on pitkään jatkuneita mielenterveysongelmia. Eri nimistään ja hie-man toisistaan poikkeavista kohderyhmistään huolimatta kaikkien kolmen sopeutumisvalmennuskurssin tavoitteet ja sisällöt ovat olleet samankaltaisia. (Outi Ståhlberg, henkilökohtainen tiedonanto 22.2.2017.)

Kurssien tavoitteena oli tukea perhettä ja auttaa perhettä löytämään vahvuuksiin ja voimavarojaan sekä lisätä perheiden ymmärrystä mielenterveysongelmista ja niiden vaikutuksista vanhemmuuteen ja lapsiperheen arkeen. Tavoitteena oli myös tarjota vanhemmille keinoja lasten kehityksen tukemiseen sekä mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden samassa tilanteessa olevien perheiden kanssa. (MTKL i.a.f; MTKL i.a.g.)

Kurssit koostuivat kuntoutujien ja puolisoitten omista viikoittaisista avomuotoisista ryhmä- ja yksilötapaamista sekä koko perheen yhteisestä perheviikonlopusta. Perheviikonlopun aikana perheet majoittuivat hotellissa oman kurssipaikkakuntansa ulkopuolella. Kurssien sisällöt koostuivat erilaisista toiminnallisista menetelmistä, yksilö- ja ryhmätyöskentelystä sekä Lapset puheeksi -menetelmän hyödyntämisestä. Kursseilla hyödynnettiin vertaistukea, ammatillista sekä kokemusasiantuntijoiden osaamista. (Outi Ståhlberg, henkilökohtainen tiedonanto 22.2.2017; MTKL i.a.f; MTKL i.a.g.)

Kursseille haettiin suoraan MTKL:n hakemuslomakkeella ja hakemukseen liitettiin hoitotahon suositus kurssin tarpeellisuudesta. MTKL:n kurssit olivat kurssilaisille maksuttomia. Näille kursseille osallistui yhteensä 16 perhettä. (Outi Ståhlberg, henkilökohtainen tiedonanto 22.2.2017; MTKL i.a.g.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

MTKL ei ole aiemmin toteuttanut Pallo haltuun! ja Hyvä arki lapsiperheille -perhekursseihin liittyvää seurantatutkimusta. Meitä tutkijoina kiinnosti selvittää, miten paljon arvoa tämän kaltaisilla kursseilla on osana mielenterveyspotilaiden kuntoutusprosessia. MTKL on määritellyt kursseilleen selkeät tavoitteet, joka mahdollisti niiden mitattavuuden. Tutkimuksessamme päädyimme arvioimaan näiden kurssitavoitteiden saavuttamista. Sen ohessa pyrimme selvittämään perheiden subjektiivisia kokemuksia kurssille osallistumisesta ja kurssisisältöjen yksilöllistä merkitystä perheille. Tutkimustieto kurssilaisten perhekurssikokemuksista antaa MTKL:lle arvokasta tietoa kurssitoiminnan kehittämisen kannalta.

Tutkimuskysymyksiksi muovautuivat seuraavat:

1. Miten hyvin MTKL on saavuttanut kursseille asettamansa tavoitteet osallistujien näkökulmasta?
2. Millaisia kokemuksia perheillä on perhekurssille osallistumisesta?

6 TUTKIMUSPROSESSI

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkijan työssä tutkimusmenetelmät ovat keskeisessä asemassa, ja niitä valitessa tulisi aina pohtia niiden soveltuvuutta tutkimusongelman ratkaisuun. Valintaprosessiin vaikuttavat useat kriteerit, kuten menetelmän tehokkuus, taloudellisuus, tarkkuus ja luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34.)

Tutkimuksemme kohderyhmä koostui 16 perheestä. Tämän kaltaiseen rajattuun, pienehköön tutkimuskohteeseen hyvin soveltuvia tiedonkeruumenetelmiä ovat haastattelu ja kyselylomake. Nämä ovat käytetyimpiä tiedonkeruumuotoja tutkimuksen keskittyessä ”tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin” (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35).

Haastattelulla tiedonkeruumenetelmänä on useita etuja. Katsekontakti edesauttaa molemminpuolista luottamusta ja ymmärrystä. Haastattelutilanteessa kysymyksiä on mahdollista täsmentää ja toisesta osapuolesta voi tehdä monenlaisia päätelmiä nonverbaalisen viestinnän perusteella. Muun muassa puhetavan ja äänensävyyn perusteella voi tehdä tulkintoja haastateltavan tunteista, varautuneisuudesta tai luotettavuudesta ja esimerkiksi sanoman ironisesta sävystä. Nämä voivat auttaa tutkijaa ymmärtämään vastauksia, ja tutkijalla on huomattavasti suuremmat mahdollisuudet motivoida henkilöitä kuin lomaketutkimuksessa. (Tiitula, Rastas & Ruusuvuori 2009, 267–268.)

Kyselylomaketutkimuksen etu on, ettei tutkijan läsnäolo vaikuta vastauksiin. Tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että kysymys esitetään jokaiselle osallistujalle täsmälleen samassa muodossa, jolloin tutkijan äänenpainot, ilmeet ja eleet eivät pääse vaikuttamaan vastaukseen. (Valli 2015, 45.) Postitse toimitetun kyselylomakkeen etuna voidaan pitää sitä, ettei vastaajan maantieteellisellä sijainnilla ole merkitystä. Vastaaja voi myös valita itselleen parhaan ajankohdan kyselyyn vastaamiselle. Tällöin vastaustulos on luotettavampi verrattuna siihen, että vastaaja joutuisi rajattuna aikana täyttämään lomakkeen tutkijan ollessa paikalla.

Näin voidaan välttää myös se, ettei vastaamista tarvitse tehdä väsyneenä, ajatusten harhaillessa muualla. Postitse toimitetussa kyselyssä on kuitenkin riskinä, ettei kyselyyn vastaa henkilö, jolle kysely on osoitettu. Toisena heikkoutena voidaan pitää alhaista vastausprosenttia: kysely on helppo heittää paperikoriin. (Valli 2010, 103–104.) Lomakkeiden käytön yleistyminen on johtanut siihen, että postiluukusta tipahteleisiin lomakkeisiin on kyllästytty. Haluttomuutta osallistua tutkimukseen on myös lisännyt pelko, että kyselylomakkeilla hankitaan tietoa ihmisten yksityiselämästä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35–36.)

Tietotekninen kehitys on mahdollistanut tietokonevälitteisen viestinnän osana tutkimusprosessia. Menetelmä on edullinen ja helppo; ilman lisäkustannuksia on mahdollista tavoittaa ihmisiä hyvinkin pitkien etäisyyksien päästä. Kyselyyn vastaaminen onnistuu osallistujan valitsemaan aikaan hänen itse valitsemassaan tutussa ja turvallisessa paikassa, ja tutkimusaineisto on valmiina digitaalisessa tekstimuodossa tutkijan analyysia varten. (Tiittula, Rastas & Ruusuvuori 2009, 264, 266.) Näiden ominaisuuksien lisäksi sähköisen kyselylomakkeen etu tutkijalle on se, että aineiston manuaalinen syöttäminen tietokoneelle jää pois; tämä minimoi näppäilyvirheet (Valli 2010, 113). Internetkyselyssä voidaan teknisesti varmistaa kaikkiin kysymyksiin vastaaminen. Sähköinen kysely sopii erityisesti nuorille, sillä he suhtautuvat niihin myönteisimmin. Osa vastaajista voi kokea, ettei sähköisesti ole mahdollista vastata kaikkea, mitä asiasta haluaisi kertoa. Tämä saattaa ärsyttää vastaajaa liikaa, jolloin vastaaminen voi jäädä kesken. (Valli 2010, 113.)

Mielipiteet eriävät haastattelun ja kyselylomakkeen soveltuvuudesta arkaluontoisten asioiden tutkimiseen. Haastattelu sopii monesti lomaketta paremmin emotionaalisille ja intiimeille alueille (Hirsjärvi & Hurme 2008, 36). Toisaalta haastateltaville saattaa välimatkan ja anonymiteetin seurauksena olla helpompi käsitellä arkaluonteisia asioita ja esittää avoimesti kritiikkiä sekä mielipiteitä (Tiittula ym. 2009, 267). Kyselylomakkeen arkaluontoiset kysymykset tuntuvat helposti tunkeilevilta ja työkeiltä, kun niiden ilmaisun yhteydessä ei voida käyttää hyväksi äänensävyä, kasvojen ilmeitä tai eleitä (Tiittula ym. 2009, 269–270). Kasvokkainen vuorovaikutus saattaa lisätä tutkijan luotettavuutta, minkä perusteella haas-

tateltava on valmiimpi avautumaan yksityisistä asioistaan ja sosiaalisesta maailmastaan. Kyselylomakkeen yhteydessä luottamus on huomattavasti haasteellisempaa rakentaa. (Tiittula ym. 2009, 267–268.)

Tutkijoina olisimme uskoaksemme kyetneet kasvokkaisessa haastattelutilanteessa herättämään haastateltavissamme luottamusta, ja onnistuneet tätä kautta saamaan enemmän laadullista aineistoa tutkimuksemme tueksi. Kohderyhmän hajanainen maantieteellinen sijainti olisi kuitenkin tehnyt tästä turhan haastavaa. MTKL:a sitoo myös salassapitovelvollisuus, joten luvan hankkiminen kurssiosallistujilta olisi ollut aikaa vievää ja vaatinut huomattavaa lisätyötä MTKL:n taholta. Taloudellisista, maantieteellisistä ja tietosuojallisista syistä päädyimme käyttämään tutkimuksemme tiedonkeruumenetelmänä sekä sähköistä että paperista lomakehaastattelua. Kyselyn toteuttamisessa MTKL ei luovuttanut yhteystietoja vaan hoiti yhteydenpidon kurssilaisiin. Lisäsimme lomakkeen loppuun kohdan, jossa pyysimme vastaajalta lupaa lähestyä puhelimitse. Tällä toivoimme saavamme mahdollisuuden syventää kyselyn sisältöä.

Tutkimuskohteemme pienen koon johdosta arvelimme laadullisen sisällönanalyysin olevan luonnollinen valintamme. Prosessin edetessä kuitenkin huomasimme, että kykenisimme keräämään osan olennaisesta tiedosta parhaiten määrällisessä muodossa. Kysymykset toimisivat muistutuksena kurssilla käsitellyistä asioista ja toivon mukaan herättäisivät kurssilaisessa ajatuksia, jotka hän voisi jakaa vapaalle tekstille varatuissa kohdissa. Useat oppikirjat varoittavat laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen turhan tiukasta jaottelusta, suositellen näkemään ne pikemminkin jatkumona kuin joko-tai-vastakkainasetteluna. On kuitenkin suositeltavaa valita jompikumpi pääasialliseksi tutkimusotteeksi. Määrällisen tutkimusotteen toimiessa peruslähestymistapana analyysia voi ”ryydittää ja lihavoittaa” laadullisilla elementeillä. (Metsämuuronen 2006a, 133–134.) Pitkän pohdinnan tuloksena päädyimme suorittamaan tutkimuksen lomakehaastattelun muodossa, yhdistäen määrällisiä sekä laadullisia elementtejä.

6.2 Aineiston keruu

Lomakkeen avulla tehtävien haastattelujen yhteydessä kysymysten muotoiluun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kysymysten merkitystä ei ole mahdollista täsmentää samalla tavalla kuin kasvokkaisen haastattelun yhteydessä, joten kysymysten tulisi olla mahdollisimman tarkasti haluttuja merkityksiä ilmentäviä ja mahdollisimman vähän erilaisia mahdollisia tulkintoja herättäviä. (Tiittula ym. 2009, 265–266.) Tämän mahdollisuuden pyrimme minimoimaan kyselylomakkeen esitestauksella. Koska kyselylomakkeen testaajat eivät olleet osallisena kurssilla, eivät he voineet ottaa kantaa siihen, miten hyvin kysymykset avautuvat kurssilaisille. Tämän vuoksi emme saaneet lomakkeelle parannusehdotuksia, mutta kieliasun osalta palaute oli hyvää.

Haastattelun aihepiirin ollessa voimakkaita tunteita tai ikäviä muistoja nostattava, tutkijan olisi hyvä olla tietoinen kysymysten mahdollisista seurauksista mielenterveysongelmista kärsivälle. Kasvokkaisen haastattelun yhteydessä tutkijan on mahdollista tulkita haastateltavan ilmeistä ja eleistä merkkejä ahdistuksesta tai jännittyneisyydestä. (Tiittula ym. 2009, 266–267.) Kysymyksiä laatiessamme pyrimme huomioimaan tämän eettisen näkökulman. Jouduimme myös moneen kertaan toteamaan, että mitä tahansa kiinnostavaa ei ole eettisesti oikeutettua kysyä, vaan jokaiselle kysymykselle tulee löytyä perustelu tutkimuksen viitekehyksestä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

On tärkeää säilyttää vastaajan mielenkiinto loppuun asti. Jos lomake on liian pitkä, vastaajat saattavat jättää kokonaan vastaamatta, tai he vastaavat huolimattomasti. Vastausohjeiden tulee olla selkeät ja kysymysten tulee edetä loogisesti. Helpot kysymykset toimivat hyvin lomakkeen alussa ”lämmittelykysymyksinä”, arkaluontoisemmat lomakkeen loppupuolella. Vastausprosenttiin vaikuttaa myös lomakkeen ulkoasu. (Valli 2015, 43.) Alun perin kyselylomakkeemme koostui viidestä avoimesta, henkilökohtaisemmasta kysymyksestä. Päädyimme kuitenkin toteuttamaan kyselyn muodossa, jossa ensin pyysimme kurssilaisia arvioimaan kurssin eri sisältöjen merkitystä ja onnistumista asteikolla 1–5, ja tämän jälkeen halutessaan perustelemaan vastauksensa. Spesifiset kysymykset toimivat muistutuksena kurssilla käsitellyistä asioista ja toivoimme niiden herättävän

vastaajissa muistikuvia, joiden perusteella he innostuisivat tuottamaan laadullista aineistoa. Toivoimme tämän lomakerakenteen lisäävän vastauksen helppoutta, ja nostavan vastausprosenttia.

Kyselylomakkeen aluksi kysyimme seuraavista taustamuuttujista: mille kurssille vastaaja osallistui ja osallistuiko kurssille kuntoutujan vai puolison roolissa. Kyselylomakkeen muut kysymykset perustuivat perhekurssien sisältöihin, joiden onnistumista ja merkitystä vastaajat arvioivat asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä). Runkona toimi täten Likert-asteikko, jota käytetään yleisesti mittarina asenne- ja mielipidetutkimuksissa, joissa koehenkilö arvioi väitteen tai kysymyksen sisältöä yleisimmin 5-portaisella skaalalla (Metsämuuronen 2006b, 53). Yhteistyökumppanimme pyynnöstä lisäsimme kyselyyn vaihtoehdon “en osaa sanoa”. Lopuksi kysyimme kurssilaisilta, saammeko luvan haastatella heitä tarvittaessa myös puhelimitse.

Vastaajien yksityisyyden suojaamiseksi MTKL postitti kyselyn kurseille osallistuneille vanhemmille. Mahdollista alhaista vastausprosenttia pyrimme minimoimaan antamalla kyselyyn osallistuville vaihtoehdon vastata joko postitse MTKL:n vastauskuorella tai sähköisesti Webropolin kautta. Kysely toteutettiin sähköisen Webropol-tutkimustyökalun avulla. Koska Webropol-järjestelmä antoi kyselylle pitkän ja monimutkaisen verkko-osoitteen, päädyimme hyödyntämään Googlen URL shortener -palvelua, minkä avulla saimme lyhyemmän ja helpommin käytettävän osoitteen kyselyn www-sivuille. Saatekirjeessä oli mainittuna lyhennetty linkki sähköiseen kyselyyn, mikäli vastaaja haluaisi vastata kyselyyn suoraan sähköisesti.

Jotta tutkimusaineisto olisi mahdollisimman kattava, toimitimme kyselylomakkeet kurssille osallistuneiden kuntoutujien lisäksi myös kursseilla mukana olleille puolisoille. Saatekirjeessä kannustimme molempia kurssille osallistuneita vanhempia vastaamaan kyselyyn. Kysymykset pyrittiin laatimaan siten, että sama kyselylomake soveltuisi niin kuntoutujan kuin tämän puolison vastauksille. Ennen kyselylomakkeiden toimittamista kurssilaisille testasimme kysymysten luettavuutta ja ymmärrettävyyttä muutamalla henkilöllä. Kyselylomakkeen kysymykset löytyvät liitteestä 2.

Harkitsimme myös vastaamisesta palkitsemista, mutta tätä varten olisimme tarvinneet vastaajien yhteystiedot. Emme keksineet tapaa toteuttaa palkitsemista ilman että olisimme joutuneet tinkimään tietosuojasta ja anonymiteetistä.

Vastausaikaa annoimme aluksi kaksi viikkoa. Vastausajan päättyessä olimme saaneet ainoastaan kaksi vastausta, joten jatkoimme vastausaikaa vielä toiset kaksi viikkoa. MTKL ilmoitti kurssilaisille sähköpostitse vastausajan pidentämisestä. Muistutus sisälsi linkin sähköiseen vastauslomakkeeseen. Viikkoa ennen vastausajan päättymistä MTKL:n yhteyshenkilömme lähetti kurssilaisille asiasta tekstiviestimuistutuksen. Lopulta saimme yhteensä kahdeksan vastausta kyselyymme, seitsemältä kurssille osallistuneelta ja yhdeltä kurssille osallistuneelta puolisoilta. Puolet vastauksista saimme sähköisenä, puolet palautettiin paperisina MTKL:n palautuskuorella.

Puolet kursseille osallistuneista perheistä vastasivat kyselyymme (n=8). Vastaukset jakautuivat seuraavasti: Pallo haltuun! -kurssilta saimme yhteensä kaksi vastausta, yhden kuntoutujalta ja yhden kurssille osallistuneelta kuntoutujan puolisoilta. Kuopion Hyvä arki lapsiperheille -kurssilta saimme ainoastaan yhden vastauksen kuntoutujalta. Valtaosa (n=5) vastauksista tuli viimeisimmältä, eli Oulun Hyvä arki lapsiperheille -kurssilta. Myöskään tästä ryhmästä ei tullut yhtään vastausta kuntoutujien puolisoilta.

6.3 Aineiston analysointi

Lomakehaastattelututkimuksemme sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia elementtejä, ja analysoimme sisällön kuvailevalla tasolla. Kyselylomakkeemme rakentui MTKL:n kurssitavoitteiden ympärille, mutta jokaisen kysymyksen jälkeen vastaajalle annettiin mahdollisuus kertoa aiheesta omin sanoin. Viimeinen kysymys antoi vastaajalle vielä mahdollisuuden kertoa kurssikokemuksen mieleen tuomista ajatuksista.

Kyselylomakkeella pyrimme mittaamaan, kuinka hyvin MTKL on kurssilaisten näkökulmasta onnistunut saavuttamaan kursseille asetetut tavoitteet. Valitsimme tutkimusmenetelmä mahdollisti aineiston verraten nopean käsittelyn ja tilastollisen analyysin. Aineiston käsittelyn helppous lienee kyselylomakkeiden suurin etu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 37.) Sisältöä tutkiessamme kuitenkin huomasimme, muun muassa Webropolin laskemat keskiarvot olivat vääristyneet. Työkalu oli antanut vastausvaihtoehdolle ”en osaa sanoa” arvon 6, jonka seurauksena keskiarvo oli todellista korkeampi. Päädyimme laskemaan keskiarvot itse.

Numeerinen tieto tutkittavasta ilmiöstä ilmoitetaan yleisesti tunnettuina tunnuslukuina kuten prosentteina ja keskilukuina (Metsämuuronen 2009, 343). Yleisin tunnettu keskiluku on keskiarvo, joka lasketaan summaamalla kaikki arvot yhteen ja jakamalla tämä kokonaismäärällä. Määrällisiä tutkimustuloksiamme täydentää tieto siitä, minkä muuttujan arvon frekvenssi on suurin, jolloin puhutaan moodista eli tyyppiarvosta. (Metsämuuronen 2009, 349.)

Tutkimuksemme määrällinen aineisto mahdollistaa MTKL:n eri kurssitavoitteiden ja -teemojen vertailtavuuden keskenään. Tutkimustuloksissa olemme esitelleet keskiarvot ja moodit taulukkomuodossa, ja myös laadullisen analyysin osio sisältää joitakin numeraalisia tunnuslukuja.

Koska toivoimme kyselyymme laadullisia vastauksia määrällisen aineiston tueksi, annoimme jokaisen kysymyksen jälkeen mahdollisuuden kertoa vapaasti kyseisestä kysymyksestä. Lisäksi vastaajalla oli vielä kyselyn loppuun tilaisuus kuvata kurssikokemuksia omin sanoin. Tällä laadullisella aineisto-osuudella pyrimme saamaan mielenterveysongelmista kärsivien lapsiperheiden äänen kuuluville (Hakala 2010, 21).

7 TUTKIMUSTULOKSET

Esittelemme aluksi tutkimuksen määrällisen osion tulokset taulukossa keskiarvoina ja moodeina. Sen jälkeen siirrymme laadulliseen osioon, jossa kuvaavaan sisällönanalyysiin on yhdistetty määrällisiä elementtejä. Koska saimme niukasti vastauksia avoimiin kenttiin, teimme vastauksista ainoastaan karkeaa luokittelua. Luokittelun perusteella vastauksissa korostuivat seuraavat teemat:

- kurssin merkityksellisyys
- vertaistuen merkitys
- tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen

Vertasimme näitä teemoja kurssin tavoitteisiin, jotka olimme sisällyttäneet kyselylomakkeen kysymyksiin. Tuloksissa yhdistämme laadullisessa aineistossa esiin tulleet teemat määrälliseen aineistoon.

7.1 Määrälliset tulokset keskiarvoina ja moodeina

Kurssilaisten palaute oli pääsääntöisesti positiivista. Koska vastaukset vaihtelivat paljon, laskimme väittämille keski- ja moodiarvot, jolloin asteikolla 1–5 kokonais-arvosana kyselyn kymmenen väittämän keskiarvosta laskettuna oli 3,3. Kyselyn kaikkien väittämien tulokset ylittivät vastausasteikon puolivälin 3,0.

TAULUKKO 1. Tutkimustulokset keski- ja moodiarvoina (n=8)

Väittämä	Keski-arvo	Moodi
1. Kurssi lisäsi perheeni hyvinvointia.	3,4	4
2. Kurssi lisäsi perheenjäsenteni ymmärrystä mielenterveysongelmista.	3,0	2 ja 4
3. Kurssi lisäsi ymmärrystäni vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksista lasten kasvuun ja kehitykseen.	3,6	4
4. Sain kurssilta keinoja lapseni/lasteni kasvun ja kehityksen tukemiseksi.	2,8	4
5. Kurssi auttoi perhettäni omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämisessä.	3,1	3 ja 4
6. Sain ryhmässä tietoa mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä, joista oli erityistä hyötyä perheelleni.	2,7	3
7. Sain kurssilta vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta.	4,1	4
8. Kuntoutuja puoliso sai kurssilta tarvitsemaansa tukea.	2,8	En osaa sanoa
9. Olin tyytyväinen kurssin sisältöön.	3,5	3
10. Olin tyytyväinen kurssin toteutukseen.	3,6	5

7.2. Kurssin merkityksellisyys

Puolet vastaajista (n=4) olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kursille osallistuminen on lisännyt heidän perheensä hyvinvointia (keskiarvo 3,4; moodi 4). Viisi vastaajista antoi kirjallisesti positiivista palautetta koko kurssista ja sen toteutuksesta. Näiden vastausten perusteella perhekurssi koettiin monipuolisena ja hyvin järjestettynä. Tyytyväisyyttä kurssin sisältöön (keskiarvo 3,5; moodi 3) ja toteutukseen (keskiarvo 3,6; moodi 5) kuvattiin monin tavoin:

Sain tukea, neuvoja ja apua omaan tilanteeseen ja hoitoon.

Kyllä, hyvä kurssi!

Oli monipuolinen ja perheviikonloppu ihan kiva.

Yhdessä vastauksessa konkretisoitui kurssin merkityksellisyys kurssille osallistuneen perheen elämään.

Koen että kurssi oli perheemme käännekohta kohti parempaa tulevaisuutta.

Vastauksista oli myös nähtävissä kurssilaisten kyky reflektoida omaa elämäntilannetta sekä löytää voimavaroja omasta arjestaan.

On ihanaa huomata kuinka paljon eteenpäin itse ja koko perhe on päässyt kurssin jälkeen.

Ymmärsimme...kuinka mukavaa on elää just tässä ja nyt. Meidän suhde on hyvällä pohjalla ja se, että voidaan hyvin niin vaikuttaa myös positiivisesti koko perheeseen. Tajuttiin, että osataan nauttia asioista ja löytää niitä voimavaroja monesta paikasta.

Vaikka valtaosa vastauksista oli positiivisia, kaksi vastaajaa oli kokenut osan kurssin sisällöistä raskaana:

Kylpylä reissun aikataulu oli liian tiukka ja rankka koko perheelle.

Välillä lähipäivät raskaita, mutta aihekin toisaalta sellainen. Hyvin järjestetty kuitenkin ja sai apua.

Eräs vastaajista koki, ettei hänen sairastamaansa kaksisuuntaista mielialahäiriötä oltu käsitelty kurssilla riittävästi. Kyseinen vastaaja koki, että erityisesti puoliso olisi tarvinnut aiheesta enemmän tietoa.

Yksi vastaajista ei kokenut perhekurssille osallistumista lainkaan positiivisena, ollen kaikista kyselyn väittämistä täysin tai lähes eri mieltä. Yhteenkään kysymykseen vastaaja ei kuitenkaan antanut lainkaan perusteluja.

7.3 Vertaistuen merkitys

Keskiarvojen perusteella perhekurssin tavoitteista parhaiten toteutui vertaistuen saaminen. Seitsemän vastaajaa kahdeksasta oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että kurssilta sai vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta. Myös vapaan kentän vastauksissa sekä muiden kysymysten kohdalla tuli ilmi vertaistuen tärkeys ja merkitys kurssilaisille. Osa oli solminut kurssilla pysyviä ystävyssuhteita ja osalla yhteydenpito on jatkunut kurssin jälkeenkin.

Vertaistuki! Aivan parasta. Ihana ryhmä ja meillä synkkasi kyllä hyvin. Varmaan iso vaikuttaja oli se, että kaikki kuntoutujat oli naisia. Ollaan edelleen muiden kanssa yhteydessä ja nähty ryhmän ulkopuolella!

Vaikka puolisoista vain yksi vastasi, näkyi kuntoutujien antamien vastausten kautta myös puolisoiden saama ja antama vertaistuki.

...mieheni oli jotenkin käsitellyt asioita jo ennen ryhmää, niin hän oli enemmän tietoinen asioista ja enemmän ehkä oli tukena muille puolisoille.

Huomauttamisen arvoinen seikka lienee sekin, että henkilö, joka vastasi kaikkiin muihin kysymyksiin 1, antoi vertaistukiosiolle arvosanan 2.

7.4 Tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen

Yli puolet vastaajista koki, että perhekurssille osallistuminen lisäsi niin omaa kuin perheen ymmärrystä mielenterveysongelmista. 75 % kurssilaisista oli vastausten perusteella sitä mieltä, että kurssi lisäsi ymmärrystä vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksista lasten kasvuun ja kehitykseen.

Oma käytös on todella suuressa roolissa meidän tyttären kasvussa. Jos voin huonosti, se heijastuu myös lapseen. Olen onnellinen siitä, että sairastuin sen verran aikaisessa vaiheessa, kun tytär oli vasta 1,5 vuotias. Jos sairaalareissu olisi tapahtunut myöhemmin, olisi se voinut vaikuttaa enemmän tyttären kasvuun ja kehitykseen.

Ymmärryksen ja tiedon lisääntyminen lisäsi motivaatiota hoitaa itseään. Oman tilanteen selkiytyminen lisääntyi kurssin myötä.

Sai tietoa asiasta ja motivaatiota hoitaa itseään.

Kolme vastaajaa kahdeksasta koki saaneensa kurssilta näkökulmia ja perspektiiviä omaan tilanteeseensa ja yksi vastaajista kertoi myös puolison ymmärryksen lisääntyneen kurssin myötä.

Muiden kertomukset omasta elämästä antoi perspektiiviä.

25 % vastaajista koki vastausten perusteella, että tietämystä oli jo ennen kurssia. Toisaalta toiset 25 % vastaajista totesivat vastauksissaan, että vaikka tietämys

lisääntyi, he eivät juuri nyt muista kyseisiä asioita. Perheenjäsenten tiedon lisääntyminen jakoi vastaajien mielipiteitä, saaden moodiarvot 2 ja 4.

Ymmärrystä oli jo ennen ryhmää, mutta tuntui että mieheni sai enemmän irti, kun ymmärsi muidenkin näkökulmia.

Puolisoiden ryhmässä ei tietääkseni käsitelty juuri kaksisuuntaista mielialahäiriötä, jota minä sairastan.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa MTKL:lta. MTKL huolehti koko prosessin ajan yhteydenpidosta kurssilaisiin, eikä missään vaiheessa luovuttanut kurssilaisten yhteystietoja. Lainauksista poistimme mahdollisia vastaajan tunnistamiseen liittyviä tunnisteita. Aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen asianmukaisesti. Näillä toimilla varmistamme tietosuojan säilymisen ja vastaajien anonyymiteetin.

Tutkimuksessamme saimme vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin erityisesti tavoitteiden toteutumisen osalta. Tutkimuksen laadullinen aineisto jäi jokseenkin niukaksi, mutta vapaan kentän vastauksista saimme kuitenkin tärkeää tietoa kurssin merkityksellisyydestä perheille. Koska kyseessä oli lähinnä mielipiteisiin ja kokemuksiin perustuva tutkimus, emme voi tuottaa yleispätevää totuutta kurssin vastauksista. Psykkinen sairaus vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja ajattelumaailmaan; emme voi tietää millaisessa psyykkisessä voinnissa vastauksia on annettu ja toisaalta jäikö mahdollisesti huonovointisimmilta vastaamatta kokonaan. Emme voi myöskään tietää, olivatko kaikkien kurssilaisten yhteystiedot ajan tasalla vai jäikö meiltä tavoittamatta kurssilainen, jonka vastaukset olisivat voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Asenteet ja ennakko-odotukset värittävät helposti tutkijan tapaa tulkita tutkimusaineistoa. Tästä tietoisina, pyrimme pysymään mahdollisimman avoimina ja objektiivisina aineistoa analysoidessamme. Tutkittavien vastaukset saattavat yllättää ja vastaukset voivat tuoda täysin uusia näkökulmia. (Eskola 2010, 182.) Tutkimuksemme määrällinen osio antoi vastauksille keskiarvon kokemuksista, mutta näin pienessä otoksessa yksikin ääripään vastaus vaikutti merkittävästi kysymyksen keskiarvotulokseen. Vapaan kentän vastaukset tukivat numeerisia havaintoja sekä toivat tuloksiin henkilökohtaisuutta ja seikkoja, joita emme olisi tajunneet itse edes kysyä. Esimerkiksi jos olisimme tuijottaneet pelkkiä numeroita, emme

olisi tienneet neljäsosan kurssilaisista kokeneen osan kurssin sisällöistä rakkaana.

Postitse toimitetussa kyselyssä on riskinä, ettei kyselyyn vastaa henkilö, jolle kysely on suunnattu. Vastaajana on esimerkiksi voinut toimia äiti, vaikka kysely olisi osoitettu isälle. Tämä on kuitenkin marginaalinen ilmiö. (Valli 2010, 103–104.) Koska annoimme perheen molemmille vanhemmille mahdollisuuden vastata kyselyymme, emme usko tämän vaikuttavan vastausten paikkaansa pitävyyteen.

Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen pätevyydellä (validius) tarkoitetaan mittarin/tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. Tutkimustulokset vääristyvät, jos tutkittavat ymmärtävät mittarin kuten kyselylomakkeen kysymykset eri tavalla, kuin tutkija olettaa. Minimoidakseen tämän, tutkija määrittelee käsitteet, perusjoukon ja muuttujat tarkkaan jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Varmistetaan myös, että mittarin kysymykset kattavat tutkimusongelman kokonaisuudessaan.” (Vilkkä 2015, 193.)

Tutkimuksen luotettavuudella (reliaabelius) viitataan tutkimustulosten tarkkuuteen eli mittauksen kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuuteen. Toistettavuudella tarkoitetaan, että mittaus saman henkilön kohdalla antaa täsmälleen saman mittaustuloksen tutkijasta riippumatta. Tutkimustilanteessa tapahtuu satunnaisvirheitä; vastaaja saattaa muistaa tai ymmärtää kysymyksen väärin, tai tutkija tekee virheen tietoa tallentaessaan. (Vilkkä 2015, 194.)

8.2 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Niin työssämme käytetyn aineiston kuin tutkimuksemme perusteella voimme todeta mielenterveyskuntoutujien perheille suunnatuilla palveluilla olevan tarvetta niin kansanterveydellisestä kuin perheiden kokemuksellisesta näkökulmasta. Kuilu sosiaali- ja terveysalan toimijoiden välillä on edelleen käytännössä liian

suuri ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulisi lisätä perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Vastaukset ovat kursseille osallistuneiden ihmisten subjektiivisia kokemuksia, joten emme voi yleistää vastauksia. Myös kurssille osallistumisen ajankohta vaikuttaa siihen, millaisia kokemuksia kurssilta saa. Kursseille osallistujat olivat eri vaiheissa kuntoutumisprosessiaan. Tämä heijastui vastauksissa esimerkiksi siinä, että yksi vastaajista ei kokenut saaneensa kurssilta mitään positiivista, osa koki kurssin ajoittain raskaana, toinen taas esitti saman asian huippukokemuksena. Tästä voimme päätellä kurssin oikea-aikaisuuden olevan merkittävässä asemassa kuntoutumisen onnistumisessa. (Laukkala, Tuisku, Fransman & Vorma 2015, 1512.)

Kuntoutumisen eri vaiheissa olevat kurssilaiset antoivat kurssilla vastausten perusteella juuri omien kokemustensa kautta oman panoksensa kurssin onnistumiseen; osa enemmän vertaistuen antajan, osa vertaistuen saajan roolissa. Samankaltaisten kokemusten ja elämäntilanteen vuoksi sopeutumisvalmennuskurssille osallistuneita voidaan pitää vertaisina (Kantola 2014, 227). Vertaistuen kautta kurssilaisten näkemykset omasta tilanteesta saivat uutta perspektiiviä, mikä omalta osaltaan auttaa sairauteen sopeutumisessa ja omien ja perheen vahvuuksien oivaltamisessa.

Kyselyyn saimme vastauksia eniten, kun kurssille osallistumisesta oli kulunut aikaa noin vuoden verran. Tämän perusteella suosittelemme, että vastauksia jatkossa olisi hyvä kerätä viimeistään vuoden päästä kurssista vastaavien kyselytutkimusten vastausmäärien takaamiseksi. Tutkimuksemme perusteella niin sähköinen kuin perinteinen paperinen kysely tuottivat saman määrän vastauksia. Tämän vuoksi myös jatkossakin olisi hyvä hyödyntää molempia vastausvaihtoehtoja. Myös vastaamisesta muistuttaminen oli merkittävässä osassa vastausten saamiseksi; ilman sähköposti- ja tekstiviestimuistutusta vastausmäärä olisi jäänyt kahteen.

Mikäli jatkossa halutaan tehdä laajempaa tutkimusta perheiden kokemuksista, olisi henkilökohtaisesti tehty haastattelu todennäköisesti tehokkaampi tapa saada

kurssilaisten näkemyksiä enemmän esille. Haastattelu mahdollistaa tarkentavien ja täsmentävien kysymysten tekemisen. Tätä voisi jo tulevilla kursseilla ennakoida siten, että kurssin aikana pyydetään kurssilaisilta lupa myöhempää haastattelututkimusta varten. Mikäli puhelinhaastatteluun olisi lupautunut useampi vastaajista, olisimme ehdottomasti hyödyntäneet tätä mahdollisuutta saada mielenterveyskuntoutujien ääntä paremmin kuuluviin. Lisäksi jatkossa tulisi pohtia keinoja, joilla puolisoiden vastausaktiivisuutta saataisiin lisättyä, sillä myös heidän näkökulmansa kurssien hyödyllisyydestä on tärkeää tietoa kurssitoiminnan kehittämiseksi.

Vaikka ainoastaan yksi kurssilaisista toi aiheen esiin, olemme sitä mieltä, että kurssilaisten diagnoosit tulisi ottaa tasapuolisesti esiin niin kurssilaisten kuin puolisoidenkin ryhmässä. Tämä edistäisi kaikkien kurssilaisten perheiden hyvinvointia. Jos kursseja järjestettäisiin enemmän, voisi kurssilaisia jakaa pienempiin ryhmiin eri diagnoosien mukaan. Tällöin annettu informaatio ja vertaistuki olisivat kohdennetumpia.

Hoitotyön kehittämisen näkökulmasta näkisimme hyödyllisenä terveydenhuoltoalan ammattilaisille suunnatun helposti haltuun otettavan oppaan, joka käsitelisi varhaisen puuttumisen tärkeyttä ja siihen sopivia menetelmiä sekä lapsiperheiden huomioimista yleisesti aikuispsykiatriassa hoitotyössä.

Yhtenä merkittävänä tutkimuksena näkisimme kartoitustyön esimerkiksi aikuispsykiatriseen avohoitoon: mitä hoitotyöntekijät tietävät ylisukupolvisuudesta, kuinka paljon ennaltaehkäiseviä menetelmiä hoitotyössä hyödynnetään ja kuinka paljon lapset otetaan huomioon käytännön hoitotyössä. Tämän jälkeen olisi tärkeää yhdenmukaistaa toimintamallit samankaltaisiksi; perheiden asuinpaikka ei saisi vaikuttaa siihen, miten hyvin perheestä huolehditaan kokonaisvaltaisesti vanhemman sairastuessa. Lisäksi olisi tärkeää tutkia mielenterveyskuntoutuja-vanhempien omia kokemuksia siitä, millaisia palveluja heille on tarjottu ja millaista tukea he itse kokisivat tarvitsevansa eniten.

Toivoisimme, että hoitotyön koulutuksessa huomioitaisiin paremmin vertaistuen hyödyntäminen sekä lapsiperheiden kokonaisvaltainen huomioiminen silloin, kun

vanhempi sairastuu vakavasti. Nämä molemmat osa-alueet ovat merkittävässä roolissa sairauteen sopeutumisessa ja perheiden hyvinvoinnissa riippumatta siitä, onko kyseessä somaattinen vai psyykkinen sairaus. Tätä ajatusta tukee myös Kohosen (2010) pro gradu tutkielma.

Psyykkisesti sairaan hoitoon ja kuntoutukseen voi osallistua useita toimijoita. Tällaisia ovat esimerkiksi psykiatrian poliklinikka, työterveyshuolto, terveysasema, Kela, kolmannen sektorin toimijat, lastensuojelu ja aikuissosiaalityö. Yksilöllisen palvelun ja kuntoutumisen toteutumiseksi tulisi olla yhtenäisiä käytäntöjä ja saumatonta yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Maunuksela & Nykänen 2017, 162.) Roolit vanhemmuuden tukemisesta sekä lasten kasvun ja kehityksen huomioimisesta tulisikin eri toimialojen toimijoilla olla selkeät, jotta ennaltaehkäistäisiin mielenterveysongelmien ylisukupolvisuutta ja perheiden subjektiivista kärsimystä. Tämän lisäksi yhteistyötä tulisi lisätä eri toimijoiden välillä, jotta perheille annetut tukitoimet olisivat oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia.

Yhteistyökumppanilta saamamme palautteen mukaan olemme pienestä aineistosta huolimatta onnistuneet tulkitsemaan vastauksia monipuolisesti. Tulokset ovat MTKL:lle merkittäviä, sillä aiempaa tutkimusta perhekurseista ei ole. Tutkimustulokset ovat yhteistyökumppanimme mukaan samankaltaisia, mitä MTKL on aiemmin saanut yksilökurseilta tehdyistä tutkimuksista, ja johtopäätökset noudattavat samaa linjaa MTKL:n oman näkemyksen kanssa. Nämä seikat puoltavat mielestämme perhekeskeisen mielenterveystyön kehittämisen tärkeyttä sekä korostavat kurssien merkityksellisyyttä entisestään. Kokonaisuudessaan MTKL:n yhteyshenkilö totesi olevansa opinnäytetyhömme tyytyväinen, ja työn tulokset on tarkoitus huomioida MTKL:n työyhteisössä sekä mahdollisuuksien mukaan hyödyntää tulevien sopeutumisvalmennuskurssien kehittämisessä. (Outi Ståhlberg, henkilökohtainen tiedonanto 22.11.2017.)

8.3 Perhekeskeisen mielenterveystyön tulevaisuus

Perheiden huomioiminen psykiatrisessa hoitotyössä vaihtelee alueellisesti sekä hoitoyksiköiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Mielenterveyspalveluiden piiristä

löytyy perheitä, joissa psyykkisesti sairastuneen lapsia tai puolisoa ei ole koskaan edes tavattu. (Koskisu & Kulola 2005, 49.) Lapsille ja perheille suunnattujen palveluiden yhteensovittaminen tarvitsee moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyöstä huolimatta lasten ja perheiden palvelut eivät muodosta eheää kokonaisuutta. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, ettei lastensuojelun, kotipalveluiden, kasvatus- ja perheneuvoloiden, mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyö suju parhaalla mahdollisella tavalla, ja yhteistyössä näiden toimijoiden välillä on puutteita. (Helminen 2017, 17–18.)

Perheille suunnattujen sosiaali- ja terveyspalvelujen puutteet ja pirstaleisuus on huomioitu poliittisten päättäjien tasolla, ja yksi Juha Sipilän hallituksen 26 kärkihankkeesta on lapsi- ja perhepalveluiden (LAPE) muutosohjelma. Osana kokonaisvaltaista sote-uudistusta lapsi- ja perhepalvelut järjestetään hallintorajat ylitäten. Muutosohjelmaa ohjaavat periaatteet ovat lapsen oikeudet ja lapsen etu, voimavarojen vahvistaminen, lapsi- ja perhelähtöisyys sekä perheiden monimuotoisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 3, 11.)

LAPE-muutosohjelmassa todetaan, että palvelut ja asiakkaiden tarpeet eivät kohtaa, eikä yhteiskunta nykyisellään pysty vastaamaan merkittäviin terveys- ja hyvinvointihaasteisiin kuten lasten ja nuorten eriarvoistumiseen, mielenterveysongelmien vaikeutumiseen ja lastensuojelun kasvuun. Nykyistä asiakkaan ja ammattilaisten välistä kohtaamista kritisoidaan myös vuorovaikutuksen puutteesta. Osana muutosta lasten, nuorten ja perheiden parissa työskentelevien ammattihenkilöiden osaamista ja työvälineitä uudistetaan muutosta tukeviksi; muun muassa vanhempien palveluissa lasten huomioimista pyritään tukemaan Lapset puheeksi -toimintamallin käyttöä laajentamalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; 9–10.)

LAPE-hanke tähtää siihen, että vuoteen 2025 mennessä oikea-aikainen palveluiden saatavuus on parantunut tuen painopisteen siirryttyä korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon. Painopisteen siirtymisellä korjaavista ennaltaehkäiseviin palveluihin on saatu aikaan kustannussäästöjä. Maakunta- ja kuntatason yhteistyötä järjestöjen ja seurakuntien kanssa on lisätty, ja eri palvelukokonaisuuden rakenteiden ja sopimuskäytäntöjen

kautta ”on pystytty vastaamaan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointitarpeisiin niukkenevien julkisten määrärahojen puitteissa”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22.)

8.4 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa syksyllä 2016, kun päätimme yhdistää yhteiset mielenkiinnon kohteemme vertaistuen ja perhehoitotyön. Yhteistyökumppani löytyi valtakunnallisilta Mielenterveysmessuilta marraskuussa 2016, missä keskustelimme yhteistyöstä MTKL:n perhetyöstä vastaavan kuntoutussuunnittelijan kanssa. Tämä kontakti oli jo olemassa toisen opinnäytetyöntekijän harjoittelun ajoilta.

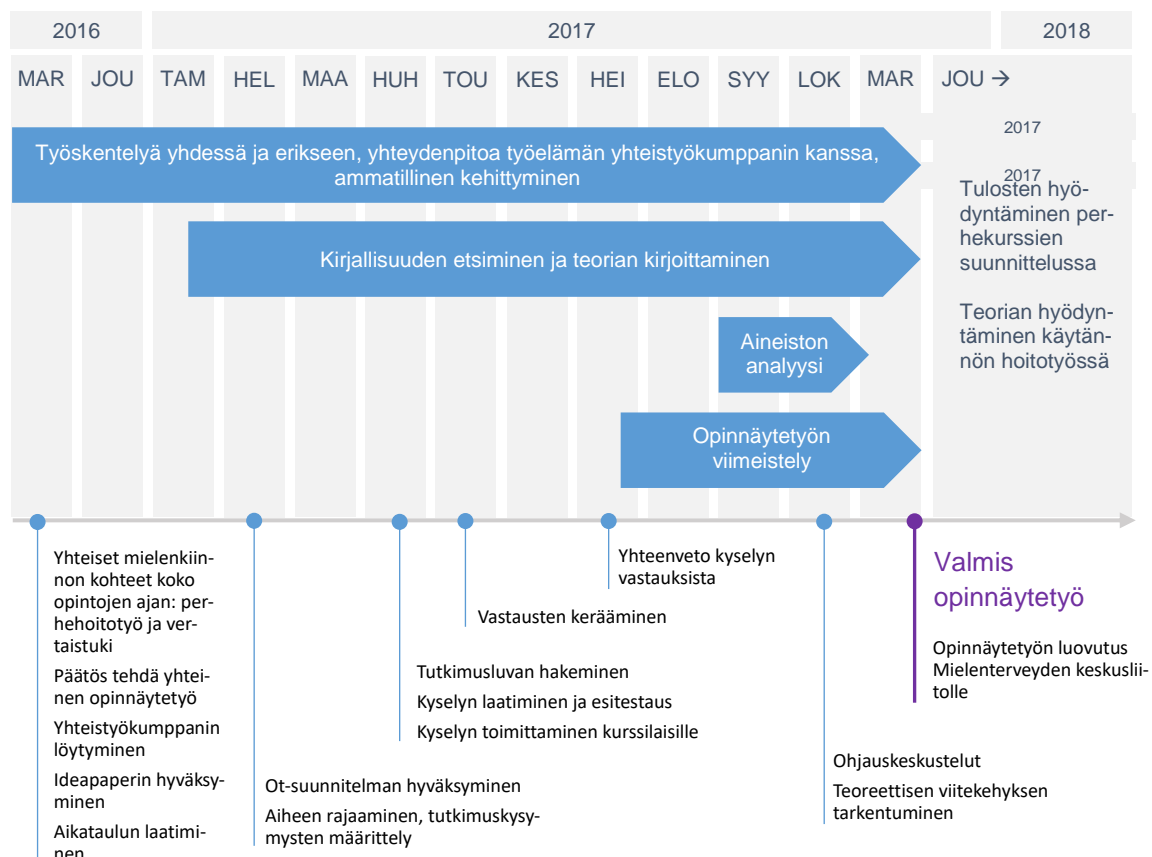
Prosessi eteni ideapaperin esittämiseen, minkä jälkeen tarkentuivat tutkimuskysymykset. Näiden perusteella laadimme kysymykset kyselylomakkeelle. Kysymyksiä pohdittiin yhteistyössä MTKL:n kuntoutussuunnittelijan kanssa. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli, että opinnäytetyömme syventäisi ammatillista osaamistamme perhehoitotyön näkökulmasta samalla kun se lisää valmiuksiamme tutkijana toimimiseen. Lisäksi halusimme, että opinnäytetyöllämme olisi konkreettinen hyöty yhteistyökumppanillemme.

Opinnäytetyöprosessi vei kaiken kaikkiaan aikaa noin vuoden verran. Koska opinnäytetyölle ei ollut varattu erityisesti omaa aikaa, huomasimme harjoitteluiden ja kesätöiden verottavan jaksamistamme, jolloin työn etenemiseen tuli pieni tauko. Yhteistyö sujui kuitenkin hyvin ja saimme sovitettua aikataulut melko hyvin yhteen. Sen mahdollisti verkossa käytetty online-työkalu, minkä avulla pystyimme reaaliajassa seuraamaan molempien tuottamaa tekstiä sekä tarvittaessa kommentoimaan ja muokkaamaan sitä. Erityisesti syksyllä 2017 olemme tehneet tiiviisti töitä opinnäytetyön edistämiseksi, joten kokonaisuudessaan olemme pysyneet aikataulussa ja opinnäytetyö valmistuu alkuperäisen suunnitelman mukaisesti marraskuussa 2017.

Valmis opinnäytetyö luovutetaan MTKL:n hyödynnettäväksi pdf-tiedostona heti työn valmistuttua. Koko prosessin ajan olemme tehneet yhteistyötä työelämän yhteistyökumppanimme kanssa.

Opinnäytetyömme eteni oheisen prosessikaavion mukaisesti.

KUVIO 1. Opinnäytetyöprosessi



Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kokeneet merkittävää ammatillista kasvua. Prosessi on tukenut aiempia teoriaopintoja ja käytännön harjoittelukokemusta. Näiden kautta ammatti-identiteettimme on rakentunut ja uskomme omaamme hyvät valmiudet työelämään. Olemme peilanneet ammatillista kasvuaamme sairaanhoitajan ammatillisiin osaamisvaatimuksiin (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015). Iloksemme olemme voineet todeta, että osaamisemme ja ymmärryksemme on syventynyt kaikilla keskeisten sisältöjen osa-alueilla:

- Asiakslähtöisyys
- Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus
- Johtaminen ja yrittäjäyys
- Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö
- Kliininen hoitotyö
- Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko
- Ohjaus- ja opetusosaaminen
- Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- Sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus

Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut holistista ihmiskäsitystämme, konkretisoiden sen merkityksen potilaiden kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Tämä on lisännyt valmiuksiamme huomioida asiakkaidemme psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tarpeet, ja tätä taitoa voimme hyödyntää riippumatta siitä, millä erikoisalalla jatkossa työskentelemme. Osaamme kohdata potilaamme asiakaslähtöisesti oman elämänsä asiantuntijoina ja oman hoitonsa aktiivisina toimijoina, huomioiden myös potilaan omaiset ja heidän hyvinvointinsa, voimavarat ja näkemykset potilaan hoidossa (Eriksson ym. 2015, 36).

Olemme tässä työssämme huomioineet lainsäädännön tuomat velvoitteet lapsen ja perheiden huomioimisesta vanhemman psyykkisen sairauden yhteydessä. Pystymme hyödyntämään tämän tuomaa asiantuntijuutta tulevaisuudessa työssämme, toimiessamme moniammatillisissa tiimeissä ja verkostoissa. (Eriksson ym. 2015, 37.) Johtamistaitoihimme tämä työ vaikuttaa erityisesti siten, että osaamme aiempaa paremmin koordinoita asiakkaan kokonaihoitoa, ja ymmärrämme hoitotyöhön liittyvän moniammatillisuuden merkityksen ja kolmannen sektorin toimijoiden tärkeyden. Osaamme ottaa kuntoutuksen osaksi potilaan hoitosuunnitelmaa ja arvioida sen toteutumista säännöllisesti. (Eriksson ym. 2015, 38.)

Kliinisen hoitotyön näkökulmasta tämä opinnäytetyö on syventänyt ymmärrystämme potilaan psykososiaalisen tuen sekä lapsiperheiden tukemisen ja hyvinvoinnin edistämisen merkityksestä. Mielenterveystyöhön opinnäytetyö on tuonut

laaja-alaisempaa näkemystä lasten ja perheen huomioimisesta hoidossa sekä lisännyt ymmärrystä mielenterveyden ongelmien ylisukupolvisuudesta ja niiden vaikutuksesta koko perheeseen. (Eriksson ym. 2015; 38, 40.) Opintojen edetessä olemme käytännön harjoitteluissa ja hoitoalan työtehtävissä molemmat huomanneet, ettei perhehoitotyön filosofiaa toteuteta juurikaan muualla kuin lasten parissa tapahtuvassa hoitotyössä. Harjoittelu- ja työkokemustemme perusteella lasten huomioiminen on psykiatrisessa hoitotyössä toteutunut lähinnä lastensuojeluilmoitusten tekemisenä. Potilaan aikuisia perheenjäseniä huomioidaan kokemuksemme mukaan lähinnä näkemyksen antajina potilaan tilanteeseen. Jatkossa osaamme huomioida lasten ja perheiden tilanteita laajemmin ja ottaa lasten hyvinvoinnin rohkeammin puheeksi mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien kanssa.

Etsiessämme lähteitä opinnäytetyöhömmä olemme pyrkineet panostamaan mahdollisimman tuoreisiin ja monipuolisiin lähteisiin. Internet-lähteitä hyödyntäessämme olemme käyttäneet ainoastaan suurten valtakunnallisten organisaatioiden sivustoja varmistaaksemme, että käytetyt tiedot ovat ajantasaisia ja luotettavia. Tiedonhakuprosessi on lisännyt lähdekriittisyyttämme ja ohjannut meitä hakemaan mahdollisimman paljon näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Prosessin edetessä kiinnostuksemme tutkimustyöhön sekä valmiutemme tutkijan rooliin ovat huomattavasti lisääntyneet. (Eriksson ym. 2015, 41–42.)

Yhteinen mielenkiinnon kohteemme opintojen alusta lähtien on ollut vertaistuen hyödyntäminen hoitotyössä. Opinnäytetyömme on vahvistanut ymmärrystämme vertaistuen merkityksestä sairastuneen hoitopolulla ja lisännyt entisestään innostustamme ryhmämuotoiseen auttamiseen. Myös ohjausosaamisen taitomme ovat karttuneet. (Eriksson ym. 2015, 43.)

Opinnäytetyöprosessin kautta yhteiskunnallinen näkökulmamme on avartunut. Erityisesti ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän hoitotyön merkitys kansantalouteen on auennut. Eri sairauksien kansantaloudellisten näkökulmien ymmärtäminen subjektiivisen kärsimyksen lisäksi on lisännyt arvostustamme sairaanhoitajan työtä kohtaan. Tässä työssä olemme hyödyntäneet tilastoja ja perehtyneet niihin enemmänkin kuin mitä tähän työhön lopulta päätyi. Mielenterveysongelmat

ovat merkittävä kansanterveydellinen haaste ja niiden ylisukupolvisuuden ennaltaehkäisy on avainasemassa perheiden kärsimysten lievittämisessä. Opinnäytetyömme on antanut hyvän pohjan esimerkiksi erilaisten interventioden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä eri menetelmien hyödyntämiseen niin yksilö- kuin ryhmätasolla. (Eriksson ym. 2015, 44.)

Työssämme on tullut esille lapsiperheille suunnattujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden pirstaleisuus. Opinnäytetyömme myötä osaamme paremmin huomioida kolmannen sektorin toimijoiden tarjoamia palveluita potilaiden hoidon tukena ja ohjata potilaita näiden palveluiden pariin, riippumatta siitä millä erikoisalalla työskentelemme. Koemme olevamme ajan hermolla ajankohtaisista sosiaali- ja terveystalveissa tapahtuvista muutoksista (Eriksson ym. 2015, 45).

Nähtäväksi jää, miten hyvin hallituksen kaavailemat muutokset toteutuvat käytännön mielenterveystyössä ja millaisia vaikutuksia niillä on pitkällä tähtäimellä lapsiperheiden hyvinvointiin ja mielenterveysongelmien ylisukupolvisuuden ilmiöön. On mielenkiintoista nähdä, tuovatko kehitetyt toimintamallit kokonaan uudenlaisia työnkuvia sosiaali- ja terveysalan työtehtäviin. Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina olemme innolla mukana toteuttamassa näitä muutoksia.

LÄHTEET

- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystalon verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry
- Eskola, Jari 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 179–203.
- Gladstone, Tracy; Forbes, Peter; Diehl, Anne & Beardslee, William 2015. Increasing understanding in children of depressed parents: predictors and moderators of intervention response. *Depression Research and Treatment* Vol. 2015, article ID 347971. Viitattu 2.9.2017. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/347971>.
- Hakala, Juha 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus, 10–23.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.a. Mielenterveystalo: Tietoa sairastuneen läheiselle. Viitattu 8.2.2017. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/default.aspx>.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.b. Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta. Viitattu 13.10.2017. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.c. Monenlaista kuntoutusta. Viitattu 13.10.2017 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/monenlaista_kuntoutusta.aspx.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017a. Vertaistalo. Vertaistuki hoitotyön tukena. Viitattu 15.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/ammattilaiselle/vertaistuki-hoitoty%C3%B6n-tukena>.

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017b. Vertaistalo. Milloin vertaistukea voi suositella? Viitattu 15.10.2017. <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/ammattilaiselle/milloin-vertaistukea-voi-suositella>.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, HYY yhtiö.
- Holmberg, Jan 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Edita.
- Huttunen Matti O. 2015. Mielenterveyden häiriöt. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002.
- Inkinen, Matti; Santasalo Helena 2001. Miksi minulle ei järjestetty syntymäpäiviä. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki: 87–113.
- Ivanoff, Päivi; Risku, Aija; Kitinoja, Helli; Vuori, Anne & Palo, Raija 2001. Hoitako minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. WSOY: Porvoo.
- Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita 2017. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa Kaisu Hämäläinen, Anne Kanerva, Carita Kuhanen, Carla Schubert & Tarja Seuri. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 175–223.
- Kantola, Seppo 2014. Vertaisryhmätyö sopeutumisvalmennuksessa. Teoksessa Hely Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Espoo: Raha-automaattiyhdistys, 227.
- Keskinäinen eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen 2015. Eläkeikä nousee, miten käy työkyvyn. Viitattu 20.10.2017. <https://www.ilmarinen.fi/uutishuone/arkisto/2015/tyokyky/>.
- Korhonen, Teija. 2010. Promoting child development and mental health in adult psychiatric care, a nurses' perspective. Itä-Suomen Yliopisto: Väitöskirja.
- Koskisuus, Jari; Kulola Tarja 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuhanen, Carita 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Kaisu Hämäläinen, Anne Kanerva, Carita Kuhanen, Carla Schubert & Tarja Seuri. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18–38.

- Laukkala, Tanja; Tuisku, Katinka; Fransman, Heidi & Vorna, Helena 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Suomen Lääkärilehti vsk 70, 21/2015, 1508–1513.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Viitattu 8.2.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>.
- Lindholm, Marja 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 14–29.
- Lönnqvist, Jouko; Lehtonen Johannes 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–37.
- Metsämuuronen, Jari 2006a. Laadullisen ja määrällisen tutkimusotteen yhdistäminen. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky, 133–136.
- Metsämuuronen, Jari 2006b. Mittari ja sen luotettavuus. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky, 49–60.
- Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.a. Mielenterveysongelmien ylisukupolvisuus on ehkäistävissä – Kuopiossa alkoi uudenlainen kuntoutusmalli lapsiperheille. Viitattu 7.2.2017. <http://mtkl.fi/mielenterveysongelmien-ylisukupolvisuus-on-ehkaistavissa-kuopiossa-alkoi-uudenlainen-kuntoutusmalli-lapsiperheille/>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.b. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 4.11.2017 <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.c. Kuntoutuminen. Viitattu 20.10.2017 <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kuntoutuminen/>.
- Mielenterveyden keskusliitto i.a.d. Historia. Viitattu 8.2.2017. <http://mtkl.fi/liitto/historia/>.

Mielenterveyden keskusliitto i.a.d. Mitä teemme. Viitattu 8.2.2017.

<http://mtkl.fi/liitto/>.

Mielenterveyden keskusliitto i.a.e. Sopeutumisvalmennus. Viitattu 8.2.2017.

<http://mtkl.fi/palvelut/sopeutumisvalmennus/>.

Mielenterveyden keskusliitto i.a.f Hyvä arki lapsiperheille, kurssiesite Viitattu

8.2.2017. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2016/01/Hyv%C3%A4-ariki-lapsiperheille.pdf>.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 9.9.2017. [http://www.fin-](http://www.fin-lex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116)

[lex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.fin-lex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116).

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Mikkonen, Irja 2011. Vertaistuki osana sosiaalista vahvistamista. Teoksessa Pia Lundbom & Jatta Herranen (toim.) Sosiaalinen vahvistaminen kokemuksina ja käytänteinä, 204–222. Helsinki: Humanistinen ammattikorkeakoulu.

Nauta, Maaïke; Festen, Helma; Reichart, Catrien; Nolen, Willem; Stant, Dennis; Bockting, Claudi; vander Wee; Beekman, Aartjan; Doreleijers, Theo; Hartman, Catharina; de Jong, Peter & de Vries, Sybolt 2012. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. BMC Psychiatry 12:31. Viitattu 2.9.2017. <http://www.biomedcentral.com/147-244X/12/31>.

Noppari, Eija 2004. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen & Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 312–336.

Nystedt, Ursula 2015. Kestääkö verkko? Sairaalan tai vammaisen lapsen perheen tukiverkoston muodostuminen. Erityispedagogiikan pro gradu –tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Pölkki, Tarja 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus, pääkirjoitus. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. 4/2014.

Sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 9.9.2017.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

- Santalahti, Päivi; Marttunen Mauri 2014. Lasten ja heidän vanhempiansa mielenterveys. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 184–194.
- Soisalo, Raul 2012. Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Helsinki: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.
- Solantaus, Tytti i.a. Lapset puheeksi -kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Manuaali ja lokikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.9.2019 https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/lapset_puheeksi_-keskustelu_-_manuaali_ja_lokikirja_kun_vanhemmalla_on_mielenterveyden_ongelmia.pdf.
- Solantaus, Tytti 2001. Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Matti Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19–35.
- Solantaus, Tytti 2013. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Solantaus, Tytti & Paavonen, Juulia 2007. Mielenterveysongelmien siirtyminen sukupolvien yli - epidemiologiaa ja dynamiikkaa. Perheterapia -lehti. 10/07. 23. Vuosikerta. 6–11.
- Solantaus, Tytti & Paavonen, Juulia 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2009;125(17):1839–44. Viitattu 4.11.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/17/duo98270>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma - hankesuunnitelma. Viitattu 21.10. http://stm.fi/documents/1271139/1953486/Hankesuunnitelma_Lapsi-ja%20perhepalveluiden%20muutosohjelma.pdf.
- Stengård, Eija; Savolainen, Minna; Sipilä, Marianne; Nordling, Esa 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa, aineistoa suunnittelun tueksi. Jyväskylä: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.10.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79889/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e.pdf?sequence=1>.

- Streng, Hely 2014. Määritelmä. Teoksessa Hely Streng (toim.) Sopeutumisvalmennus suomalaisen kuntoutuksen oivallus. Espoo: Raha-automaattiyhdistys, 345.
- Ståhlberg, Outi, 2017. Kuntoutussuunnittelija, Mielenterveyden keskusliitto. Puhelinkeskustelu. Henkilökohtainen tiedonanto. 22.2.2017.
- Ståhlberg, Outi, 2017. Kuntoutussuunnittelija, Mielenterveyden keskusliitto. Puhelinkeskustelu. Henkilökohtainen tiedonanto. 22.11.2017.
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017. Käypä hoito -suositukset: depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia. Viitattu 8.2.2017. <http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>.
- Suomen Mielenterveysseura i.a.a. Mitä mielenterveys on? Viitattu 20.9.2017. <https://mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>.
- Suomen Mielenterveysseura i.a.b. Mielenterveysongelmat perheessä. Viitattu 17.9.2017. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mist%C3%A4-toiminta/mielenterveysosaaminen/nuoren-mielen-ensiapu/mielenterveysongelmat-perheess%C3%A4>.
- Suomen Mielenterveysseura i.a.c. Kehittämistoiminta. Viitattu 21.10.2017. <https://mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta>.
- Suomen Mielenterveysseura i.a.d. Toimiva lapsi & perhe -työ. Viitattu 7.2.2017. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/lapset-ja-nuoret/toimiva-lapsi-perhe-ty%C3%B6>.
- Söderblom, Bitta 2005. Lapsi masentuneen vanhempansa kanssa vertaisryhmässä - kommunikaation ja ymmärryksen merkitys. Profami Oy.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Vertaistuki. Viitattu 5.3. 2017. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>.
- Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 8.2.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.
- Tiittula, Liisa; Rastas, Anna & Ruusuvuori, Johanna 2009. Kasvokkaisesta vuorovaikutuksesta tietokonevälitteiseen viestintään teoksessa Jo-

hanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 264–271.

Tilastokeskus 2017. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Viitattu 20.10.2017.
<http://findikaattori.fi/fi/76>.

Toija, Anu 2011. VERTAISTUEN VOIMA- harvinaissairaiden lasten vanhempien kokemuksia vertaistuesta. Pro Gradu- tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Verkkojulkaisuna:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36788/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011101011525.pdf?sequence=1>.

Tuomivaara, Timo 2005. Y125 Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 8.2.2017. <http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>.

Tutkimuseettinen lautakunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 8.2.2017.
<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vaitti, Lea 2008. “Olemme kaikki tasa-arvoisia” Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten äitien kokemuksia vertaistukiryhmistä. Pro gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Verkkojulkaisuna:
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78950/gradu02467.pdf?sequence=1>.

Valli, Raine 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus, 103–127.

Valli, Raine 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä 2013. Vanhemmuuden roolikartta. Viitattu 18.9.2017. <http://www.vslk.fi/index.php?id=19>.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

World Health Organization 2017. Frequently asked questions. Viitattu 17.9.2017. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

Åstedt-Kurki, Päivi; Jussila, Aino-Liisa; Koponen, Leena; Lehto, Paula; Maijala, Hanna; Paavilainen, Riitta & Potinkara, Heli 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITE 1 Saatekirje

HYVÄ PERHEKURSSILLE OSALLISTUNUT

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme Mielen-terveyden keskusliiton (MTKL) Pallo haltuun! - ja Hyvä arki lapsiperheille -kursseihin pohjautuvaa opinnäytetyötä. Tavoitteenamme on kyselyn avulla selvittää, miten ryhmille asetetut tavoitteet toteutuivat kurssilaisten näkökulmasta ja millaisia kokemuksia juuri sinun perheelläsi on kurssille osallistumisesta. Kysely lähetetään sekä kurssille osallistuneille kuntoutujille, että puolisoille.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että saamme kyselyyn vastauksia mahdollisimman monelta kurssille osallistuneelta.

Voit vastata joko oheisella lomakkeella ja postittaa sen meille oheisella palautuskuorella tai vastata suoraan sähköisellä lomakkeella. Sähköisen kyselylomakkeen löydät osoitteesta www.xxxx.xx

Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi siihen, että vastauksiasi hyödynnetään opinnäytetyömme aineistona. Tulokset analysoidaan laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin avulla.

Olemme saaneet MTKL:lta luvan tutkimuksen tekemiseen. Käsittelemme kaikki vastaukset nimettöminä ja luottamuksellisesti, eikä MTKL luovuta kurssilaisten henkilötietoja opinnäytetyön tekijöille missään vaiheessa. Vastaukset hävitetään asianmukaisesti aineiston analyysin jälkeen.

Vastauksesi on meille tärkeä! Toivomme, että vastaat kyselyyn 21.4.2017 mennessä.

Otathan meihin yhteyttä, mikäli sinulla on kysyttävää kyselyyn tai opinnäytetyöhön liittyen.

Yhteistyöterveisin,

Tanja Suni
Sairaanhoitajaopiskelija
tanja.suni@student.diak.fi
P. xxx xxx xxxx

Terhi Victor
Sairaanhoitajaopiskelija
terhi.victor@student.diak.fi
p. xxx xxx xxxx

LIITE 2 Kyselylomake

Kyselylomake Mielenterveyden keskusliiton perhekursseista

Kurssi, jolle osallistuin:

- ☐ Pallo Haltuun! (Helsinki)
- ☐ Hyvä arki lapsiperheelle (Kuopio)
- ☐ Hyvä arki lapsiperheelle (Oulu)

Osallistuin kurssille:

- ☐ Kuntoutujan roolissa, puolison kanssa
- ☐ Kuntoutujan roolissa, ilman puolisoa
- ☐ Puolison roolissa

Vastaa seuraaviin kurssin teemoihin tai sisältöihin liittyviin väittämiin
valitsemalla sopivin vaihtoehto (1-5).

1=Täysin eri mieltä, 5=Täysin samaa mieltä.

Voit halutessasi perustella vastauksesi kysymyksen alapuolella olevaan kenttään.

1. Kurssi lisäsi perheeni hyvinvointia

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

2. Kurssi lisäsi perheenjäsenteni ymmärrystä mielenterveysongelmistä

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

3. Kurssi lisäsi ymmärrystäni vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksista lasten kasvuun ja kehitykseen

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

4. Sain kurssilta keinoja lapseni/lasteni kasvun ja kehityksen tukemiseksi

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

5. Kurssi auttoi perhettäni omien vahvuuksien ja voimavarojen löytämisessä

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Perusteluni

6. Sain ryhmässä tietoa mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä, joista oli erityistä hyötyä perheelleni

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Perusteluni

7. Sain kurssilta vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

8. Kuntoutujan puoliso sai kurssilta tarvitsemaansa tukea

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

○ ○ ○ ○ ○ ○

Perusteluni

9. Olin tyytyväinen kurssin sisältöön

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Perusteluni

10. Olin tyytyväinen kurssin toteutukseen

1 2 3 4 5 En osaa sanoa

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Perusteluni

11. Mitä muuta haluaisit kertoa
kurssikokemuksistasi?

12. Minua saa tarvittaessa haastatella puhelimitse

☐ Kyllä

☐ Ei

Minut tavoittaa numerosta:

Kiitos vastauksestasi!